VOL. 35 N.º 3

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

SETEMBRO DE 1960

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia

Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 35 SETEMBRO DE 1960 N.º 3

Micoses superficiais

Resultados preliminares do tratamento rápido pela griseofulvina

Jarbas A. Porto

Embora não seja conhecido o mecanismo de ação da griseofulvina, sabe-se que é parcialmente eliminada pela pele, através da impregnação das células da camada córnea da epiderme e dos anexos cutâneos. Esta impregnação é universal e constitui barreira intransponível pelos esporos e filamentos micelianos dos dermatófitos que são, finalmente, eliminados juntamente com as células do *stratum corneum*, pêlos e unhas tonsurados e/ou cortados. A observação clínica tem demonstrado que a griseofulvina age sôbre os sintomas subjetivos e objetivos, ao fim de horas ou poucos dias, e as pesquisas laboratoriais têm mostrado que a ação fungistática se prolonga por vários dias depois de interrompido o tratamento, conquanto não se tenha certeza do tempo máximo por que perdura esta ação.

Experiências *in vitro* demonstraram, segundo Schwarz e Loutzenhiser (1), que a atividade fungistática se extingue ao fim de uma semana. Aytoun, Campbell, Napier e Seiler (2) concluiram que o micélio de *M. canis* e de *T. rubrum* é capaz de destruir a griseofulvina.

Conhecemos a citação de Williams, Marten e Sarkany (3) e de Williams (7) e as observações de outros autores (12) sôbre a cura de casos de micoses superficiais, após alguns dias ou semanas de terapêutica pelo antibiótico, interrompida ainda em fase de lesões clínicas evidentes. Por outro lado, sabemos que alguns pacientes, considerados clínica e laboratorialmente curados, voltaram a exibir parasitas.

Em vista dêstes fatos, podemos concluir que a infecção por dermatófitos, em determinados pacientes e condições, pode ser curada após o emprêgo de doses relativamente pequenas, em prazos relativamente curtos.

É lícito concluir-se, também, que, sob certas condições, há a possibilidade de se observarem reinfecções autógenas ou heterógenas, superinfecções ou mesmo recidivas por desaparecimento das

---

Dematologista do H.S.E.; Livre-docente da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil; Professor de Dermatologia do Inst. de Aperf. Méd. da P.U.C.R.J.

lesões clínicas, sem cura biológica. Conquanto o número de publicações sôbre a griseofulvina seja demasiado grande, tendo em vista o tempo decorrido após a primeira comunicação de Gentles (10), em 1958, ainda não sabemos com certeza qual a dose parcial e o tempo total de tratamento para a cura das micoses superficiais. Sabemos que, em princípio, as lesões cutâneas respondem mais ràpidamente do que as do pêlo, e estas mais ràpidamente do que as das unhas.

Esta observação, todavia, não fixa dose nem tempo de tratamento, sendo muito variáveis as conclusões dos autores. A esta altura deduzimos que o tratamento, para ser considerado eficiente, deve ser prolongado por tanto tempo quanto seja necessário para que se obtenha exame micológico negativo, e, segundo alguns, além desta constatação. Torna-se necessário conhecer a dose mínima de griseofulvina capaz de desenvolver o efeito fungistático por um máximo de período de tempo. Isto permitirá o emprêgo de doses únicas, para o tratamento de certos casos, como também a possibilidade da terapêutica intermitente, para outros.

Do ponto de vista clínico, sabemos que o efeito da griseofulvina sôbre sintomas subjetivos, como o prurido, se faz sentir, exacerbando-o ou atenuando-o, em menos de 24 horas. Da mesma maneira, temos verificado o início de involução de lesões de *querion* e de adenites regionais, ao fim de poucos dias de terapêutica. Êstes fatos parecem mostrar que o antibiótico tem grande difusibilidade e alcança ràpidamente as estruturas cutâneas.

Do ponto de vista laboratorial, e confirmando a rápida impregnação das células córneas, temos a constatação da existência de griseofulvina nos pêlos parasitados e em crescimento, através da limitação de penetração dos esporos, na porção proximal dos pêlos, logo após a administração do antibiótico.

Se considerarmos o índice de crescimento do pêlo, e constatarmos a formação da barreira muito acima das proximidades do bulbo, ao fim de uma semana, concluímos que a griseofulvina impregnou o pêlo horas após a ingestão do medicamento.

As experiências de Roth e Blank (4) demonstraram que o antibiótico alcança a porção média da camada córnea ao fim de 9 a 12 dias. Nossas observações, em casos de *tinea capitis*, mostram que as reinfecções de pêlos tonsurados se fazem em tôrno de 10 a 15 dias, depois de interrompido o tratamento, e parecem mostrar que êsse é o tempo máximo de ação fungistática eficiente. A reinfecção, depois dêsse prazo, deve ser explicada pela ausência de griseofulvina na porção proximal do pêlo, o que o torna susceptível de parasitismo.

Êstes dados, evidentemente, carecem de confirmação, mas servem de ponto de partida para investigações.

Já havíamos começado as nossas pesquisas neste sentido quando verificamos que vários autores, no Simpósio de Miami, haviam apresentado trabalhos visando ao mesmo fim. Maibach e Kligman (6) desencorajaram estudos sôbre tratamentos intermitentes para casos de onicomicose por *T. rubrum*, tendo em vista a inexpressividade dos resultados obtidos.

Já Kirk e Ajello (8) apresentaram bons resultados em *tinea capitis*, com mais de 50% de casos curados, usando a técnica do tratamento intermitente com doses mensais de 3 a 8 g. London

(9) conseguiu resultados satisfatórios em mais de 50% dos casos de *T. capitis* tratados com doses de 3 a 4 g. em um só dia.

Cowan (5) comunicou resultados favoráveis com o tratamento intermitente de casos cutâneos por *T. rubrum*, o mesmo acontecendo com Gonzalez-Uchoa e Ahumada Padilha (12) em relação a casos de tinhas.

As nossas pesquisas foram iniciadas, empiricamente, com a administração de 1 a 5 g. diária, na dose de 250 mg. de 2/2 hs., por 2 dias consecutivos, e contrôle clínico-laboratorial semanal. Como complemento, recomendávamos aos portadores de *tinea capitis* a lavagem e o escovamento diário do couro cabeludo, e raspagem da cabeça, semanalmente.

Êste o ponto de partida de onde avançaríamos para variações de esquemas terapêuticos.

A série inicial, motivo de nossa comunicação, consiste de 10 pacientes, que ainda continuam em observação: um grupo de doentes portadores de *T. capitis* e outro com lesões cutâneas, sendo que um paciente do primeiro grupo também apresentava lesão cutânea.

GRUPO I — TINEA CAPITIS

Caso	SEXO E IDADE	DERMATÓFITO	RESULTADOS
1	M. 10a.	*T. tonsurans*	Crescimento de pêlos em tôdas as placas ao fim de 1 semana. Recidiva (pêlos em crescimento) ao fim de 21 dias.
2	M. 9a.	*M. canis.*	Reação inflamatória parcialmente desaparecida, pêlos em crescimento ao fim de 5 dias. Microscopia e cultura negativas ao fim de 15 dias até 45 dias.
3	F. 2a. 9m.	*M. canis.*	Pêlos em crescimento ao fim de 1 semana. Cura clínica e microscopia e cultura negativas a partir do 21.° dia e até 45 dias.
4	F. 6a.	*T. tonsurans*	Recidiva (pêlos em crescimento) ao fim de 15 dias.
5	M. 5a. 10m.	*M. canis*	Melhora acentuada ao fim de 15 dias. Pêlos parasitados com zona de demarcação na porção distal dos pêlos. Ausência de parasitos ao fim de 22 dias.

GRUPO II — DERMATOLOGIA DA PELE GLABRA

Caso	SEXO E IDADE	DERMATÓFITO	RESULTADOS
1	M. 10a.	*T. tonsurans*	Lesão crural desaparecida ao fim de 21 dias.
2	F. 37a.	*T. mentagrophytes*	Lesões vesiculosas plantares e inter-artelheanas sem modificações.
3	M. 30a.	*T. rubrum*	Placas eritêmato-escamosas policíclicas das regiões crurais desaparecidas ao fim de 21 dias.
4	M. 29a.	*T. rubrum*	Extensa erupção de placas eritêmato-escamosas das nádegas e coxas com prurido diminuído nas primeiras horas, depois de iniciado o tratamento, e melhora clínica acentuada após 5 dias.
5	M. 34a.	*T. rubrum*	Placas eritêmato-escamosas das regiões crurais, pràticamente desaparecidas ao fim de 8 dias.
6	F. 28a.	*T. rubrum*	Extensa erupção de placas eritêmato-escamosas no tronco e membros inferiores com melhoras acentuadas do prurido e lesões ao fim de 5 dias.

* — Mesmo paciente do caso 1, do grupo I.
** — Êste paciente tomou, por engano, 10 comp. de 250 mg. no primeiro dia.

Nenhuma reação de intolerância foi observada nos pacientes do grupo I. O caso n.º 3 recebeu apenas 2 g. de griseofulvina nos 2 dias de tratamento.

No grupo II, o caso n.º 2 apresentou, a partir do 1.º dia de tratamento, intensificação do prurido, tonteiras e cefaléia, e novas lesões dos pés, ao fim de uma semana. Lesões de dermatofitide das palmas e dos dedos apareceram ao fim de 21 dias. Os pacientes ns. 4 e 5 acusaram intensa cefaléia, horas depois de iniciado o tratamento e que persistiu por 2 dias.

Como resultado da observação dêstes e de outros pacientes com *tinea capitis*, salientamos o crescimento de pêlos das placas deglabradas ou tonsuradas, já clìnicamente reconhecível ao fim de cinco

a sete dias. Os pêlos em crescimento apresentam-se menos calibrosos do que os normais. Exames periódicos dos pêlos parasitados permitem acompanhar o "deslocamento" da zona de demarcação da penetração dos esporos e filamentos micelianos, no sentido distal, e surpreender a reinfecção, pelo aparecimento de parasitismo na zona proximal do bulbo. Como já salientamos anteriormente, o conhecimento do tempo necessário para observação de reinfecção ou superinfecção da porção proximal do pêlo é importante para determinar-se o intervalo entre as doses de um possível esquema de tratamento intermitente. Nos poucos casos por nós observados é possível supor que a reinfecção ou superinfecção de pêlos anteriormente parasitados, bem como a infecção de pêlos sadios, se dê entre o 10.º e o 15.º dias, de tal maneira que o intervalo semanal ou quinzenal deve ser o preferido para os tratamentos intermitentes.

Salientamos que o emprêgo da luz de Wood dá uma idéia da situação geral, nos casos aplicáveis, mas, em virtude da possibilidade de existência de infecção intrafolicular, não reconhecível pela luz de Wood, o exame micológico torna-se imprescindível para o contrôle do tratamento. No que se refere ao tipo de parasitismo do pêlo parece-nos que o endotrix, na média dos casos, deveria responder melhor ao tratamento rápido. Os esporos contidos no interior dos pêlos eliminam-se com êstes, ao passo que no tipo ectotrix existe a possibilidade de esporos permanecerem no interior do folículo e mais fàcilmente invadirem o pêlo, depois que a porção impregnada de griseofulvina fôr eliminada. A nossa observação, todavia, não tem confirmado esta hipótese.

É possível que dose maciça e única, a intervalos regulares, venha a ser o tratamento de escolha para casos de *tinea capitis*, mas devem ser continuados os esforços no sentido do estabelecimento da dose mínima única ou a intervalos regulares, para contrôle da infecção, acompanhadas de medidas locais ou não.

No que se refere aos casos de lesões da pele glabra é possível distinguir-se duas situações: aquela em que as lesões são puramente eritêmato-escamosas, com fenômenos exsudativos mínimos, e aquela em que a reação inflamatória exsudativa domina o quadro, com formação de lesões vesículo-bolhosas. Na primeira, a barreira de griseofulvina fará sentir a sua ação enquanto estiver presente e ativa, eliminando-se junto com os filamentos micelianos. Na segunda, haverá necessidade de prolongar-se a terapêutica por tempo maior, pois as lesões vesículo-bolhosas, depois de transformadas em escamo-crostas, permanecem ainda por longo tempo até a descamação final, e, portanto, são depósitos de filamentos micelianos capazes de superinfectarem a epiderme em regeneração ou de se propagarem à epiderme circunvizinha, se esta estiver impregnada de griseofulvina. É verdade que Pardo-Castello (11) menciona o desaparecimento rápido das lesões vesículo-bolhosas, sob tratamento contínuo na dose de 1 g. por dia. Todavia, menciona, também, reinfecção de muitos pacientes, seis ou mais semanas depois de interrompida a terapêutica. Entre outras explicações é possível admitir-se a que formulamos linhas acima.

Nos pacientes por nós tratados verificamos diminuição do prurido desde as primeiras horas após o início do tratamento, o que nos levou à interpretação da grande difusibilidade do antibiótico e impregnação imediata das células epidérmicas. Os bordos ativos

das placas circinadas já apresentavam sinais de involução ao fim de 5-7 dias e aos 15 dias já não se percebiam sinais clínicos de atividade. Depois de 21 dias as lesões curadas, sob o ponto de vista clínico e micológico, apresentavam *reliquat* hipocrômico, eritematoso ou hipercrômico. Estas lesões podem ser consideradas curadas, conquanto se possam verificar reinfecções a partir de peças do vestuário ou do ambiente em que se encontre o cogumelo, inclusive às expensas do próprio paciente.

CONCLUSÕES

Experiências clínicas de alguns autores e nossas recomendam que se prossigam os trabalhos no sentido de ser determinada a dose mínima de griseofulvina a ser empregada de uma só vez, ou de modo intermitente, no tratamento das micoses superficiais.

SUMMARY

The author makes a brief review of the treatment of the superficial mycoses with Griseofulvin.

Emphasis is put on the schedules which recommends single doses or intermittent and short-term trectments.

A preliminary report is made of 5 cases of T. capitis and of 6 cases of lesions of the glabrous skin. Immediate results seems to warrant the conclusion that long continuous treatment is unnecessary, if the period of activity of Griseofulvin is determined, so that intermittent treatment should be used.

CITAÇÕES

1 — Schwarz, J., e Loutzenhiser, J. K.: Laboratory Experiences with Griseofulvin, AMA Arch. Dermat. 81:694,1960.

2 — Aytoun, R.S.C., Campbell, A.H., Napier, E.J., e Seiler, D.A.L.: Mycological Aspects of Action of Griseofulvin Against Dermatophytes, AMA Arch. Dermat. 81:694,1960.

3 — Williams, D.I., Marten, R.H., e Sarkany, I.: Griseofulvin, Brit. J. Dermat.:71:427,1959.

4 — Roth, F.J.Jr., e Blank, H.: The Bioassay of Griseofulvin, in Human Shatum Corneum, AMA Arch. Dermat.: 81:662.1960.

5 — Cowan, M.A.: Intermittent Treatment of Trichophyton Rubrum Infections with Griseofulvin, Brit. J. Dermat.72:185,1960.

6 — Maibach, H.I., e Kligman, A.M.: Short-term Treatment of Onychomycosis with Griseofulvin, AMA Arch. Dermat.81:733,1960.

7 — Williams, D.I.: Griseofulvin and Tricophyton Rubrum Infections. AMA Arch. Dermat. 81:769,1960.

8 — Kirk J., e Miles, V.: Use of Griseofulvin in the Therapy of Tinea Capitis in Children, AMA Arch. Dermat. 81:897, 1960.

9 — London, I.D.: ver discussão do trabalho de Kirk e Ajello (8).

10 — Gentles, J. C.: Experimental Ringworm in Guinea Pigs: Oral Treatment with Griseofulvin. Nature, London. 182:476.1958.

11 — Pardo-Castello, V.: The Treatment of Dermatomycoses with Griseofulvin. A second report based on 155 cases. AMA Arch. Dermat.81:772,1960.

12 — Gonzalez-Ochoa, A., e Ahumada-Padilha, M.: New Schemes in the treatment of Dermatophytoses with Griseofulvin, AMA Arch. Dermat.81:833,1960.

Endereço do autor: av. N. S. de Copacabana 540, s. 602 —
Rio de Janeiro

Contribuição para o estudo da biologia da epiderme

Stratum Oxybioticum e Stratum Anoxybioticum

J. Ferreira-Marques

A pele é o órgão mais superficial do corpo, motivo pelo qual a sua estrutura e as suas funções são muito especiais. É o órgão interposto, e de transição, entre o mundo interno e o externo. Dêsse modo, a sua biologia é muito especial e a sua estrutura histológica apresenta, como lei, a constituição em camadas ou andares. Temos, inicialmente, as três primeiras camadas: hipoderme, derme e epiderme. A circulação e o sistema nervoso sensitivo (G. Weddell) também estão dispostos em diferentes camadas, com funções diferentes. Entretanto, o exemplo mais evidente da disposição em camadas é a epiderme. Esta, nos mamíferos, está constituída por série de cinco estratos celulares, superpostos, cuja morfologia, estrutura e funções são diferentes, conforme o nível em que se encontram. Temos, assim, a série de estratos superpostos: *Stratum germinativum*, *Stratum spinosum*, *Stratum granulosum*, *Stratum lucidum* e *Stratum corneum*.

Nossas investigações morfológicas sôbre a camada granulosa, em colaboração com C.A. Parra, demonstraram que esta é constituída por células cuja forma fundamental é a de uma lente biconvexa, com o grande diâmetro paralelo à superfície. O estudo de várias centenas de preparados histológicos, procedentes de diferentes regiões, sempre nos mostrou, em epidermes normais, que a *camada granulosa forma um diafragma* entre a espinhosa e a lúcida ou a córnea. O que caracteriza o citoplasma da granulosa é a existência, em seu seio, de grande número de grânulos de querato-hialina (Waldeyer), os quais se coram, intensamente, com corantes nucleares. Na célula granulosa, plenamente desenvolvida, os grânulos possuem, em tôrno do núcleo e em todo o citoplasma, disposição matemática tão regular que lembram a representação espa-

---

Trabalho do Instituto de Investigações Dermatológicas e da Cátedra de Dermatologia (Diretor: Prof. Dr. J. Ferreira-Marques) da Faculdade de Ciências Médicas da U.N.C., Mendoza, Argentina.

cial de uma figura atômica, com o seu núcleo central e o seu cortejo de camadas de electrons, gravitando, à sua volta, como satélites.

As nossas persistentes investigações na pele de mamíferos de laboratório (cobaias, ratos, gatos e cães), na pele humana, em colorações vitais na nossa própria pele e na de nosso ajudante C.A. Parra, por intermédio de diferentes métodos histológicos de fixação e coloração (hematoxilinas férricas de Regaud e de Heidenhain, métodos de Altmann e de Pinkus e Steel, colorações vitais de vermelho neutro e verde de Janus B, impregnações pela prata e pelo ácido ósmico, etc.) concordam, tôdas, com as de diversos autores (W. Montagna, E. Horstmann, etc.), nas quais verificaram que a célula granulosa não possui aparelho de Golgi e que as suas mitrocôndrias se encontram diminuídas e degeneradas. As nossas investigações com a reação de Feulgen (Feulgen-Schiff) concordam com as de Leuchtenger e de Lund, as quais demonstram que as quantidades de ácido desoxiribonucléico são iguais, tanto no núcleo da célula basal como no da granulosa. Nas nossas investigações, com o método de Unna (cromização das tonofibrilas), verificamos que, em geral, as tonofibrilas estão reduzidas e fragmentadas; porém, em certas zonas junto à membrana celular da granulosa, as tonofibrilas são evidentes e de aspecto normal.

Concomitantemente com a redução das tonofibrilas, com a degeneração das mitocôndrias e com a ausência do aparelho de Golgi, na célula granulosa, as nossas pesquisas, por intermédio da reação de Hotchkiss-Mac Manus, demonstram, de acôrdo com diversos autores (Claude Bernard, W. Montagna, Chase e Hamilton, A. Dupré, Braun-Falco, etc.), que existem grandes quantidades de glicogênio nos têrços superiores da camada espinhosa (especialmente em epidermes de grande atividade queratógena: nas palmas e em plantas; nos casos de hiperqueratose: cascos, patas, etc.). Pròpriamente na camada granulosa não se encontra glicogênio, ou encontram-se apenas vestígios. Coerente com todos êstes fatos está a verificação histológica de que a célula granulosa está — sobretudo bem evidente nas epidermes muito ativas e grossas — *separada* e *isolada*, por vários estratos celulares: pelo lado proximal (camada basal e filamentosa), da oxi-hemoglobina dos vasos papildares e, pelo lado distal (pelo menos a camada córnea), do oxigênio atmosférico.

Recapitulemos êste conjunto convergente de fatos, relacionados com a célula granulosa: ausência, em seu citoplasma, do aparelho de Golgi e de mitocôndrias degeneradas; quantidades normais de ácido resoxiribonucléico no seu núcleo; citoplasma com tonofibrilas reduzidas; célula isolada, a cujo citoplasma não chega oxigênio; glicogênio na filamentosa subjacente.

Como interpretar tôda esta constelação de fatos?

De acôrdo com a citofisiologia, a bioquímica e a citogenética, etc. (O. Warburg, C. D. Darlington, Mark Woods e H. C. du Buy, George H. Hogeboom, Walter C. Schneider e Mary Jo Striebich, etc.), as mitocôndrias constituem os órgãos autônomos da respiração celular. Por intermédio das mitocôndrias a célula recebe a energia necessária — pela respiração — para manter as suas estruturas e as suas funções. A ausência de mitocôndrias e de oxigênio na célula granulosa significa que esta vive de fermentação (*anoxybiosis*) e não de respiração (oxidação biológica: *oxybiosis*).

A presença de glicogênio (molécula essencialmente carregada de energia), junto à camada granulosa, complementa esta conclusão, indicando a fonte principal de energia (glicogenólise anaeróbica) que, para as suas funções, utiliza a célula granulosa. A presença de quantidades normais — tão grandes como na onipotente célula basal — de ácido desoxiribonucléico, no núcleo da granulosa, prova que esta é célula de grande potência e encontra-se em plena atividade.

As células derivadas da granulosa (*Stratum lucidum* e *Stratum corneum*) também não possuem mitocôndrias e, conseqüentemente, também são forçadas a "viver" de fermentação (*anoxybiosis*).

Pelos fatos referidos é lógico concluir que, na epiderme dos mamíferos, e especialmente do homem, existem, no que se refere à fonte de energia celular, duas zonas, bem delimitadas, de metabolismos, tão diferentes, que se poderiam classificar como opostos: uma zona proximal, constituída pelas camadas basal e filamentosa, cuja fonte de energia é a respiração (*oxybiosis*), zona para a qual propomos a denominação de *Stratum oxybioticum;* e outra distal, constituída pelos *Stratum granulosum*, *Stratum lucidum* e *Stratum corneum*, que "vive" da fermentação (*anoxybiosis*), zona esta epidérmica, que vive sem oxigênio, e para a qual propomos a denominação de *Stratum anoxybioticum*.

A ausência do aparelho de Golgi no *Stratum anoxybioticum* explica-se e compreende-se pelo fato de que êste órgão celular vive da respiração. Uma vez que esta falte, automàticamente, aquêle se extingue. As tonofibrilas reduzem-se, provàvelmente, porque se transformam, de modo parcial, em grânulos de querato-hialina, grânulos êsses peculiares à célula granulosa.

Segundo esta concepção, a epiderme está constituída por duas zonas superpostas, possuidoras de estruturas, de morfologias e de funções muito diferentes. O *Stratum oxybioticum* (zona proximal: camadas basal e filamentosa) vive da respiração; compõe-se de células onipotentes (podem transformar-se em Stalagmocyten de F. John); possuem o significado de um parênquima e atuam sôbre o metabolismo geral do resto do organismo por múltiplos processos, inclusive endócrinos; em seu seio vivem, em "symbiosis", diversas espécies de células (melanoblastos, doloriceptores de J. Ferreira-Marques, etc.). O *Stratum anoxybioticum* (zona distal: camadas granulosa, córnea, etc.), vive de fermentação e tem por funções principais a formação das queratinas epidérmicas (*keratinopoïesis*) e a biologia (PH, etc.) da superfície epidérmica.

Sob o ponto de vista da patologia cutânea, da terapêutica, etc., esta recente concepção do órgão cutâneo abre novos horizontes, não sòmente para a interpretação de velhos problemas, como, também, quanto à apresentação de novas questões aos investigadores. Citemos alguns exemplos. O arsênico é um veneno da *oxybiosis*, e, por isso, estimula o *Stratum anoxybioticum* e acelera a *keratinopoïesis*, provocando, clìnicamente, uma série de enfermidades caracterizadas, sobretudo, por perturbações da queratinização: queratodermias, hiperqueratoses, Bowen, epiteliomas, etc. Trata-se, tanto no Bowen, como nos epiteliomas espinocelulares, de tumores que, como demonstrou O. Warburg, possuem o seu metabolismo baseado sôbre a *anoxybiosis*. O mesmo arsênico é usado, como um dos mais úteis medicamentos, no tratamento das paraqueratoses (psoríase, etc.),

justamente porque estimula, acelera e normaliza a formação da granulosa (que vive em *anoxybiosis*) e desencadeia *keratinopoïesis* normal.

A ictiose é uma enfermidade do grupo das hiperqueratoses, isto é, uma perturbação de *keratinopoïesis*, e J. Ferreira-Marques demonstrou que esta enfermidade pode ser tratada pela simbiose das vitaminas PP e B_2 com ferro (PP — B_2 — Fe), quer dizer, estimulantes da *oxybiosis*. O grupo PP — B_2 — Fe atua, especial e eletivamente, sôbre o *Stratum oxybioticum*, retarda a *keratinopoïesis* e normaliza a queratinização.

Há, ainda, um problema: o da bromidrose. St. Rothmann escreve em seu magnífico livro: "It is an empirical fact that some individuals, despite scrupulous cleanliness, have intensely and unpleasantly smelling cutaneous excretions (bromidrosis). The substrates of this smell are unknown". Trata-se, certamente, de metabolismo anormal do *Stratum anoxybioticum* que produz compostos anormalmente mal cheirosos. Não deveria ser tratado êste mau cheiro pela regularização do metabolismo anormal do respectivo *Stratum?* O odor, tão característico dos negros, não será, também, problema da mesma natureza?

RESUMO

O autor começa por chamar a atenção para o fato da pele ser um órgão constituído por camadas ou andares (hipoderme, derme, etc.). Depois mostra que na epiderme normal a camada granulosa forma um diafragma. Em seguida, descreve as suas investigações pessoais, que levam à conclusão de que a célula granulosa tem características mui peculiares e significativas: ausência de mitocôndrias e de órgão de Golgi; tonofibrilas reduzidas; núcleo com quantidade normal de ácido desoxiribonucléico; isolamento da célula granulosa em relação ao oxigênio dos vasos papilares e da atmosfera; presença de gliocógeno na capa filamentosa, junto à granulosa. Em presença desta constelação de fatos o autor discute e interpreta, recorrendo à Bioquímica, à Citologia, etc., e chega à conclusão de que a epiderme é consituída por duas zonas sobrepostas que têm estruturas morfologias e funções mui diferentes. A estas duas zonas há dado o autor as denominações de *Stratum oxybioticum* e *Stratum anoxybioticum*. O *Stratum oxybioticum* (zona proximal: estratos germinativo e filamentoso) é constituído por células "totipotentes", que vivem de respiração; tem o significado de um parênquima orgânico e atua sôbre o resto do organismo, inclusive por meios endócrinos. O *Stratum anoxybioticum* (zona distal: estratos granuloso, lúcido e córneo) vive de fermentação; tem por principais funções a formação de queratinas (*Keratinopoïesis*) e a biologia (pH, etc.) da superfície epidérmica. Esta concepção abre novos horizontes aos investigadores científicos e o autor termina o seu trabalho discutindo alguns problemas de patologia, terapêutica, etc., em face da nova teoria.

RÉSUMÉ

L'auteur commence par rappeler que la peaus est un organ constitué par étages. Après il cite ses recherches avec C. A. Parra sur la morphologie de la cellule granuleuse qui est essentiellement celle d'une lentille biconvexe ou une variante morphologique de celle-ci. Il montre aussi que la cohcho granrleuse forme un diaphragme qu'enveloppe tout le corps de Malpighi. Les recherches de l'auteur par des techniques très différentes (Hematoxyline ferrique de Regaud, de Heidenhain; technique de Altmann; Méthode de Pinkus et Steel; vert janus B. rouge neutre; métrodes à l'argent ou à l'osmium, etc.) montrent tous que dans la cellule granuleuse il n'existe pas d'appareil de Golgi et que les mitochondries sont dispersées, reduites et dégénérées. La densité de l'appareil fibrillaire est très reduit. Simultanément on trouve des grandes quan-

tités de glycogène dans les trois quarts supérieurs de la couche épineuse. L'acide desoxiribonucléique se montre dans le noyau de la granuleuse en quantité normale. La cellule granuleuse est éloignée à la fois de l'oryhemoglobine des vaisseaux papillaires et de l'oxygène de la surface cutanée. Tout cet ensemble de faits (pas de mitochondries, glycogène dans la cellule épineuse et pas d'oxygène dans la couche granuleuse) a porté l'auteur à penser que la cellule granuleuse vit de fermentation (*Anoxybiosis*) et non de respiration (*Oxybiosis*). Par les mêmes raisons et encore par la citogénétique, les couches lucide et cornée "vivent" elles aussi en *Anoxybiosis*. Ainsi l'auteur fut porté à la conception des deux zones: la proximal constituée par les couches germinative et épineuse, que vit de la respiration (*Stratum oxybioticum*) et la distal, constituée par les couches granuleuse, lucide et cornée, que vit de la fermentation (*Stratum anoxybioticum*). D'après la conception de l'auter ces deux couches ont des fonctions bien différentes: le *Stratum oxybioticum* influence le métabolisme général de l'organisme; le *Stratum anoxybioticum* a comme fonction principale la queratinisation (*Keratinopoïesis*). Cette conception ouvre des nouveaux horizons à la recherche scientifique, non seulement pour éclaircir des vieux problèmes, mais aussi pose des nouvelles questions. Par exemple l'arsenic est un poison de *l'oxybiosis* et conséquemment favorise la *Keratinopoïsis* (Keratoses, épitheliomes, Bowen, etc.). D'autre part, les drogues qui favorisent l'oxybiosis (Vit. A. B_2, PP, Fe, etc.) combatent les Keratoses (Ichthyosis, etc.).

SUMMARY

The author commences by presenting a general introduction reminding us that the skin is made up of several storeys or layers. He describes his investigations with C. A. Parra on the granulous layer: this layer forms a diaphragm which envelops and isolates the whole filamentous layer. The granulous cell (Regaud's or Heidenhain's iron-hematoxylin, Altmann's fucsin acid, Pinkus and Steel's technique, Janus green B, neutral red, osmium tetroxide, silver impregnation, etc.) has no mitochondria nor Golgi apparatus. As is wel--known, the mitochondria are the organs of cellular respiration (*Oxybiosis*) which means that, according to the author, that starting from the granulous layer, metabolism is based on fermentation (*Anoxybiosis*). The author interprets tha the epidermis is, with regard to the basis of its metabolism, divided into two well-marked zones: the first, proximal (basal and filamentous layers), which lives in *Oxybiosis*, acting on the general metabolism of the organism: *Stractum oxybioticum;* and the second, the distal one (granulous, etc., layers), which lives in *Anoxybiosis* and whose principal function is the *Keratinopoïesis*: *Stratum anoxybioticum*.

The epidermic cell, according to the storey in which it is thrives on a certain form of energy, has a characteristic morphology, and fixed functions. The author ends with a discussion on various problems of pathology, therapeutics, etc., related to this concept.

ZUSAMMENTASSUNG

Die Haut ist das oberflaechlichste Organ des Korpers. So ist ihre Biologie ganz besonders, und in ihrer histologischen Struktur ist die Zusammensetzung aus schichten oder Stockwerken Gesetz. Unsere Untersuchungen mit gans verschiedenen Miteln (Regaud's und Heidenhain'e Eisenhaematoxylin, Altmann's Methode, Janus grün B Vitalfärbung der Mitochondrien, usw.) stimmen alle darin überein, dass in dem *Stratum granulosum* kein Golgi-Apparat vorhanden is und die Mitochondrien seer verringert, dispers und degeneriert sind. Wie wir aus der Cytophysiologie, Cytogenetik, Biochemie usw. wissen, sind die Mitochondrien autonome Organe der Zellatmung. Zu gleicher Zeit mit der Degeneration und dem fehlen der Mitochondrien in der Keratohyalin schicht (*Stratum granulosum*) existieren grosse Mengen Glykogen in den obersten zwei Dritteln des *Stratum spinosum* (Hand-und Fussflaechen, Keratodermien usw). Auf diesse Tatsachen weist auch der histologische Befund hin, dass die Keratohyalinzelle durch vielerlei Zellschichten (Hand-und Fussflächen usw.) einerseits vam Oxyhaemo-

globin des Papillarkreislaufs und andererseits vom atmosphaerischen Sauerstoff getrennt und isoliert ist. All diese Tatsachen erlauben die Schlussfolgerung, dass die Keratohyalinzelle nicht van Atmung (*Oxybioasis* sondern von Gaerung (*Anoxybiosis*) lebt. Durch *Anoxybiosis* gewinnen aus denselben Gründen, auch die aus dem *Stratum granulosum* abgeleiteten Zellen (*Stratum lucidum* und *Stratum* corneum) die Energie für ihre Recktionen. Aus all den oben erwaenten Tatsachen lässt sich logisch schliessen, dass es in der Epidermis zwei Zonen gibt: eine proximale, gebildet von dem *Stratum germinativum* und *Stratum spinosum*, die vom Atmung lebt (*Stratum oxybioticum*) und eine distale, gebildet von dem *Stratum granulosum, Stratum lucidum* und *Stratum corneum*, die von Caerung "lebt" (*Stratum anoxybioticum*).

Disse Auffassung erkaert und erlaeutert nicht nur Alte Probleme, sondern eroetinet auch ntus Horizonte für die biologische Erforschuüg der Haut. Vom pharmakologischen Gesichtspunkt aus begünstigen die Drogen, die Gifte der Oxybiosis (Arsen usw.) sind, die Anoxybiosis und foerdern die "*Keratinopoiesis*", und erzeugen automatisch Keratosis, Bowen, Epitheliome usw. Umgekehrt wirken die Drogen, die Prozesse der Oxybiosis begüinstigen (Vitamine A, B2, PP, Fe usw4) auf das Stratim *Oxybicticum* und bekämpten die Keratosen (Ichthyosis usw).

CITAÇÕES

Bernard, Claude: Compt. Rend. Acad. d. Sc.,48:673,1859.
Braun-Falco, O.: Arch. f. Dermat.,198:11,1954.
Darlington, C. D.: Brit. J. Canc., 2: 118,1948.
Dupré, A.: Contribution à l'Etude des Glucides de la Peau Humaine, Thèse, Toulouse, 1952.
Ferreira-Marques, J.: Arch. f. Dermat.,193:191,1951.
— : Acta Neurovegetativa Wien.3:346,1951.
— : Acta Dermatovenereol. (Stockholm),30:179,1950.
Hogeboom, H., Walter C. Schneider and Mary Jo Striebich: Canc. Res. 13:617,1953.
Horstmann, E.: Handbuch der Mikroskopischen Anatomie des Menschen, Vol. III/3 Springer-Verlag, Berlin, Goettinger, Heidelberg, 1957.
John, F.: Arch. f. Dermat.,178:644,1939.
Leuchtenberg, C. and H. Z. Lund: Exper. Cell. Res. 2: 150,1951.
Montagna, W., Chase, H. B., Hamilton: J. Inv. Dermat., 17:147,1951.
Montagna, W.: The Structure and Function of Skin; Academic Press Inc. Publishers, New York, 1956.
Warburg, O. und Onaka: Hoppe-Seylers Z.:70:193,1911.
Warburg, O. und Dresel: Biochem. Z.:178:70,1926.
Warburg, O.: Pflügers arch., 154:599,1913; 19,189,1914.
— : Die Naturwissenschaften.42:401,1955.
Weddell, G.: Brit. Med. Bull.,3:167,1945.
Woods, Mark and H. C. du Buy: citado por O. Warburg: Die Naturwissenschaften:42:402,1955.

Enderêço do autor: Joaquim V. Gonzalez, 780 — Mendoza, Argentina.

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 29 de abril de 1959

O Sr. Presidente comunica o recebimento de cartas dos Drs. Juventino Gonzalez Benevidez, Felix Sagher, A. Dostrovsky e Bartholomé Vignale, agradecendo as respectivas eleições para membros da Sociedade. O Dr. A. F. da Costa Júnior explica as razões do seu afastamento temporário e agradece a todos a atenção que sempre lhe dispensaram. O Dr. A. Padilha Gonçalves relata a situação em que se encontram os Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia e as dificuldades existentes para sua impressão. Demonstra ser difícil a situação, chegando mesmo a receiar pela sobrevivência da revista, pois há falta de numerário, uma vez as despesas tendem a triplicar, havendo, ainda, desinterêsse por parte dos anunciantes.

ORDEM DO DIA:

PSEUDO-MILLIUM COLÓIDE — DRS. MARIO RUTOWITSCH e ISAAC GABBAY (clínica), e DR. JARBAS A. PORTO (histopatologia).

São apresentados dois casos:

a) N.H.C., de 56 anos branco, natural da Paraíba, casado, aposentado, registrado no H.S.E. sob o n.º 71.592. Informa que, em 1950, quando exercia profissão de motorista, recebendo bastante sol, notou, no dorso das mãos, o aparecimento de lesões semelhantes a bôlha d'água, as quais entretanto uma vez rompidas, não davam saída a líquido algum. Usou, localmente, suco de limão, sem obter qualquer resultado (sic). Seguiu-se o aparecimento de lesões semelhantes, no dorso dos punhos, conservando as lesões o aspecto que atualmente apresentam. Ausência de sintomatologia subjetiva, referindo apenas, preocupação pela parte estética. O exame histopatológico confirmou a impressão clínica de tratar-se de pseudo-milium colóide.

b) G.R.S., de 31 anos, solteiro, natural do Estado do Rio, branco, funcionário da Universidade Rural, registrado no H.S.E. sob o n.º 224.839. Refere que, há cêrca de 10 anos, sentiu prurido intenso, no têrço médio inferior da perna esquerda seguindo-se pigmentação pardo-acastanhada, sôbre a qual surgiam pequenas elevações (sic), que, hoje, verificamos serem pápulas. Sofreu acidente no centro da placa, de que resultou ulceração, a qual durou 8 meses para cicatrizar. Prurido presente. Não fêz tratamento algum. O exame histopatológico revelou amiloidosis cutis. Acrescenta que, de 3 para 4 anos, começaram a surgir, na região tenar de ambos os lados, pequenas lesões, que compara a vesículas semiduras, transparentes, as quais, rompidas propositadamente, não davam saída a líquido. Aos poucos, estenderam-se ao dorso das mãos aos antebraços, atingindo até os têrços inferiores dos braços. Ausência de qualquer sintomatologia subjetiva. O diagnóstico clínico, apesar da informação de que havia uma biópsia cujo resultado comprovara amiloidosis, foi o de pseudo-colóide, confirmado, aliás, pelo exame histopatológico, realizado, também, pelo Dr. Jarbas A. Porto.

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne L. Rocha — Chama a atenção para a pele dos braços, do pescoço e da nuca, que apresenta alterações bastante parecidas às da elastose solar.

Prof. H. Portugal — É de parecer que a ordem clínica resolve sôbre o assunto: há casos de colóide em crianças, nos quais não há elastose. A elastose só é observada em regiões sujeitas à irradiação solar, enquanto que as placas de colóide encontram-se em áreas protegidas. O colóide é substância segregada e não involução do estroma conjuntivo. A metacromasia liquida, por outra parte, a questão entre o colóide e o amilóide.

Prof. R. D. Azulay — Concorda com a opinião do Prof. Portugal, em vários pontos. É de parecer, entretanto, que o assunto merece ser revisto. Chama a atenção para o exagêro que se dá às manifestações clínicas da elastose. Realmente, é exagêro considerar elastose tôdas as lesões que surgem em pele que se expõe ao sol.

Prof. Oswaldo Costa — Discorda da designação de elastose solar. Refere que o Dr. Pool, na Austrália, denomina êsses casos de dermatite solar crônica.

Dr. Glyne L. Rocha — É de parecer contrário ao diagnóstico de dermatite solar, uma vez que, nesses casos, não há inflamação crônica. Acha que o assunto merece melhor estudo e classificação.

SÔBRE UMA PEQUENA CASUÍSTICA DA DERMATITE CRÔNICA ATROFIANTE (PICK-HERXHEIMER) — PROF. J. RAMOS E SILVA

COMENTÁRIOS:

Prof. R. D. Azulay — Refere nunca ter visto casos de dermatite crônica atrofiante. Lembra ser essa doença freqüente na Alemanha.

Prof. A. Carlos Pereira — Menciona caso que observou, em família de leprosos, localizando-se as lesões nas coxas. Foi administrada penicilina, durante três anos, observando-se, afinal a cura das lesões. Pergunta se se poderá considerar uma síndrome.

Dr. Jarbas A. Porto — Indaga se, na lepra, há estados semelhantes.

Prof. H. Portugal — É da mesma opinião que o Prof. Carlos Pereira. Informa ter visto poucos casos da doença.

Prof. Oswaldo Costa — Não se recorda de ter visto casos da doença em aprêço, porém tem observado, com alguma freqüência casos de dermatite atrofiante de Oppenheim.

Dr. Glyne L. Rocha — Não tem lembrança de terem sido assinalados casos no Brasil.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Refere que, embora a doença tenha sido descrita na lepra, nada tem a ver com a mesma.

Dr. Mario Rutowitsch — Informa que em seu Serviço, no Hospital dos Servidores do Estado, ainda não encontrou caso algum. Teve, entretanto, em seu consultório, um cliente professor, que, em viagem pela Europa, notou o aparecimento, em uma das pernas, de pequena lesão, a qual biopsiada, confirmou tratar-se da doença em questão. O doente foi curado com 16.000.000 u. de penicilina.

Prof. J. Ramos e Silva — Esclarece que o foco da doença se encontra em Strasburg. A lepra também produz atrofia, porém os dados clínicos diferem. Considera a atrofia de Pick-Herxheimer, atualmente, como doença definida, bem como determinado o seu tratamento.

URTICÁRIA PIGMENTOSA — DR. GLYNE L. ROCHA

Doente vindo da clínica particular (consulta em 23 de janeiro de 1959). C.C.P., de 5 meses de idade, branca brasileira, natural do Distrito Federal, residente à rua Quatro, n.º 272, ap. 402 (IAPI, na Penha, D.F.). A doença teve início quando a paciente tinha dois meses de idade, com o aparecimento de lesões papulosas, disseminadas, sem qualquer sensação subjetiva, segundo informa a genitora. Goza de boa saúde. Alimentação materna. Ausência de passado dermatológico na família.

Exame dermatológico: presença de lesões papulosas urticadas, de colorido palha, disseminadas pelo tegumento (abdome, tórax, dorso de pernas e braços), as quais, ao serem coçadas, se tornam mais proeminentes e eritematosas (urticação).
Exames complementares: biópsia de lesão tipo (lâmina 8.309). Foram realizadas duas colorações: H. & E. Mac Manus.

COMENTÁRIOS:

Dr. Oswaldo Serra — Cita caso de menina, com urticária pigmentosa, grandemente beneficiada com tratamento local, com creme anti-histamínico (pomada de Trimeton), resultando, afinal, apenas pigmento moderado, tendo desaparecido, por completo, o prurido.

PÊNFIGO CRÔNICO BENIGNO FAMILIAR (HAILEY-HAILEY) — DRS. GLYNE L. ROCHA E SYLVIO FRAGA

Paciente vindo da Clínica Dermatológica do Hospital do Servidor da Prefeitura (D.F.). Primeira consulta em 15 de dezembro de 1958. M. de C.A.C., de 44 anos, solteiro, branco, residente na rua Pirajá s/n, Belfort Roxo, Bairro de S. Leopoldo, trabalhador braçal da Prefeitura do Distrito Federal. Doença iniciada há cêrca de um mês. Informa tratar-se de lesão recidivante de processo inflamatório da região axilar direita. Procedeu a tratamento local e tomou antibiótico de largo espectro voltando ao Serviço, em 9 de janeiro, com alguma melhora. Foi visto, em fevereiro e em março, com erupção idêntica e mais outra lesão incipiente, na outra axila. Ausência de outro caso na família.
Exame dermatológico: em 18 de fevereiro de 1959, apresentava placa eritematosa, localizada na axila direita, com escamas e bôlhas, sobretudo nos bordos da placa, embora também se pudesse observar bôlha no centro da mesma. Observava-se, também, aspecto atrófico, cicatricial e hiperpigmentação dos bordos. As bôlhas apresentavam conteúdo citrino. Em 3 de março, o aspecto era um pouco diferente: sêco, com bôlhas rompidas e em descamação. Lesões residuais no dorso e nos braços.
Exames complementares: biópsia n.º 193 (Clínica Dermatológica do H.S.P.) pesquisa de célula acantolítica (Tzank): Nikolsky positivo, na placa.

COMENTÁRIOS:

Dr. Mario Rutowitsch — Felicita os autores pela apresentação do caso, lembrando que, em tempos anteriores, não era freqüente ser a doença diagnosticada, motivo pelo qual passava despercebida.
Prof. H. Portugal — Aconselha a realização de biópsia em uma das novas bôlhas que vão surgindo. É de parecer que a biópsia anterior não é convincente, embora a clínica não deixe dúvidas.

ANGIOQUERATOMA (FORDYCE) — DRS. GLYNE L. ROCHA e CEZAR CHIAFITELLI

Doente vindo da Clínica Dermatológica do Hospital do Servidor da Prefeitura (D.F.). Primeira consulta realizada em 3 de março de 1959. N.S., de 37 anos, solteiro, branco, residente à travessa do Descalvado n.º 131, Vaz Lobo, D. F., trabalhador da P.D.F. A doença teve início há seis meses, com o aparecimento de lesões globosas, vinhosas, de proporções variáveis, algumas com pequena crosta escura outras queratósicas, e ainda algumas com depressão central, situadas na bôlsa escrotal. Não há qualquer sintoma subjetivo. Por traumatismo verifica-se perda sangüínea, o que acentua o caráter angiomatoso da lesão.
Exames complementares — biópsia n.º 194 (da Clínica Dermatológica do H.S.P.).

COMENTÁRIOS:

Dr. Cezar Chiafitelli — Menciona as lesões apresentadas pelo doente, pondo em destaque as da bôlsa escrotal.

Prof. Oswaldo Costa — Aconselha seja feita pesquisa de lesões na língua, pois é freqüente, aí, a ocorrência de lesões, à semelhança da bôlsa escrotal

LIQUENIFICAÇÃO VERRUCOSA (LÍQUEN PLANO VERRUCOSO) TRATADO PELA HIDROCORTISONA — DRS. SYLVIO FRAGA E GLYNE L. ROCHA

Paciente vindo da Clínica Dermatológica do Hospital do Servidor da Prefeitura (D.F.). C.F.B., de 34 anos, casada, prêta, costureira, residente à rua Acará, 60, Ricardo de Albuquerque, D.F. Compareceu à primeira consulta em 14 de janeiro de 1958. A doença teve início há um ano, com o aparecimento de lesões pápulo-hipertróficas, pruriginosas, disseminadas pelas coxas. Tomou diversos remédios, sem resultado.

Exame dermatológico: apresenta ao nível das coxas, placas verrucosas, sêcas, de colorido mais escuro do que a pele normal, assumindo desenhos irregulares e variados, acompanhados de intenso prurido.

Tratamento: iniciado, em 12 de agôsto de 1958, com injeções de hidrocortisona, ao nível das placas, fazendo diversas picadas em uma mesma placa e injetando cêrca de 3 décimos de cc, em cada picada. Foram aplicadas injeções semanais, de 2cc. de cada vez, até fevereiro de 1959. O resultado foi compensador, com lesões atróficas residuais.

Exame complementar: biópsia n.º 145 (Clínica Dermatológica do H.S.P.).

COMENTÁRIOS:

Dr. Mario Rutowitsch — Refere observação colhida, em seu Serviço, com o emprêgo de placas de gêsso.

NAEVUS UNIUS LATERIS TRATADO PELO "PLANNING" (CIRURGIA ABRASIVA) — DRS. SYLVIO FRAGA, C. CHIAFITELLI E GLYNE L. ROCHA

Paciente vindo da Clínica Dermatológica do Hospital do Servidor da Prefeitura (D.F.). L.D. da S., de 5 anos, prêta, residente à rua Emangá, 21, Caxias, E. do Rio. Compareceu à primeira consulta em 20 de agôsto de 1958. Apresenta, desde o nascimento, em relação com os 8.º e 10.º espaços intercostais, à esquerda, extenso processo hiperqueratósico linear, verrucoso, com sensação pruriginosa presente. Em 28 de agôsto de 1958, foi realizada a primeira sessão de "planning", em região pré-determinada para prova do método. Em 4 de dezembro de 1958, depois de outras visitas, anotávamos que a pele, onde fôra realizado o "planning", apresentava pigmentação quase igual à pele normal (tratava-se de criança de côr preta).

COMENTÁRIOS:

Dr. Sylvio Fraga — Faz comentários sôbre a cirurgia abrasiva, que vem sendo realizada no Hospital mencionado.

Prof. R. D. Azulay — Cita dois casos de naevus verrucosus, tratados pelo mesmo processo com resultados satisfatórios.

Prof. A. Carlos Pereira — Informa ter empregado a neve carbônica, em casos dessa natureza.

FORMAS ANÔMALAS DE PSORÍASE — DRS. SYLVIO FRAGA E GLYNE L. ROCHA

Paciente vindo da Clínica Dermatológica do Hospital do Servidor da Prefeitura (D.F.). M. da C. dos S. de 41 anos, prêta, casada, doméstica, residente à rua Conselheiro Otaviano, 20, casa 59. Compareceu à primeira consulta em 9 de janeiro de 1959. A doença teve início, há 3 anos, por lesão nos lábios e posteriormente, nas regiões inframamária e esternal. Surgiu, também, lesão eritêmato-escamosa, na região pubiana, sem prurido e muito resistente ao tratamento.

Exame dermatológico: lesões eritêmato-escamosas, fissuradas, nos lábios. Língua plicata. Lesões eritêmato-escamosas em outras regiões (manúbrio esternal, região pubiana). Lesões ungueais. Lesões no couro cabeludo.

Exame complementar: biopsia da língua, n.º 188 (col. da Clinica Dermatológica do H.S.P.).

PENFIGÓIDE — Dr. Jarbas A. Porto

C.C.V., de 49 anos, branca, brasileira, informa que sempre gozou de boa saúde. Foi operada de fibroma do útero há alguns anos. Não tomou, nem tem tomado, drogas para qualquer fim. Nega a existência de dermatoses anteriores. Trabalha em recinto pouco iluminado, o qual fôra dedetizado há 2 meses. Há seis semanas, começou a sentir tonteiras, cefaléia e náuseas, no ambiente de trabalho. Há 4 semanas, notou o aparecimento de extensas áreas eritematosas, sôbre as quais apareciam bôlhas volumosas, acompanhadas de sensação de ardor e de prurido. A princípio eram pouco numerosas. Progressivamente, foram ocupando quase tôdas as áreas do corpo, sem lesões das mucosas. Acredita que tenha tido febre no início, acompanhada de artralgia e de dor de garganta. Êstes sintomas, porém, desapareceram com a evolução da dermatose. Informa, ainda, que as bôlhas duram vários dias e que, às vêzes, fundem-se umas às outras, formando lesões maiores. Ocasionalmente, formam-se bôlhas em áreas traumatizadas. Tem usado alguns tópicos e injeções de cálcio, sem que fôsse modificado o aspecto geral das lesões.

Exame dermatológico: paciente obesa, com bom estado geral aparente, sem inapetência, com pouca disposição para o trabalho e queixando-se de desânimo. Não apresenta lesões nas mucosas. No dia sete do corrente, apresentava lesões eritêmato-papulosas nas áreas cutâneas, com exceção da cabeça, dos pés e das mãos, de tamanho variando do numular ao de grandes placas arredondadas ou policíclicas, com bordos bem demarcados e nìtidamente elevados, isoladas ou confluentes. Presença de eritema, de tonalidade violácea ou vermelho vivo, desaparecendo à vitropressão. Sôbre estas lesões e, em pele aparentemente normal, observam-se numerosas bôlhas, de dimensões lenticulares a volumosas, tensas, firmes, de conteúdo claro, citrino, algumas com teto rompido, deixando ver pequenas áreas erosadas, sem tendência ao grupamento herpetiforme. As lesões são pouco pruriginosas e urentes, especialmente à noite. As lesões mais antigas apresentam conteúdo amarelado e outras apresentam coalescência. Ausência de sinal de Nikolsky. Não há adenopatia.

Evolução: o diagnóstico clínico, de maior probabilidade, foi o de eritema multiforme, de etiologia não reconhecida, não afastando as hipóteses de penfigóide, pênfigo foliáceo e doença de Dühring. Acreditando que a dermatose se encontrasse em fase de involução, foi prescrita a dose de 0.5 mg de acetato de dexametasona, de 8 em 8 horas, e pincelagem, com solução mercurial, nas áreas erosadas. Cinco dias depois voltamos a examinar a paciente, a qual apresentava sinais de melhora, em algumas áreas, mostrando, ainda, lesões novas, em outras, inclusive no dorso das mãos e dos pés. Insistimos com a mesma medicação e, uma semana depois, reexaminamos a paciente. Esta apresentava novos surtos bolhosos, subintrantes porém com bôlhas de tamanho bem menor, variando do miliar ao lenticular, e algumas maiores. Queixava-se, então, de ardor e de urência, pronunciados, durante a noite. Inúmeras lesões bolhosas semeavam as placas eritematosas e as áreas erosadas não pareciam aumentar de tamanho. As bôlhas persistiam, com os mesmos característicos iniciais, mostrando-se tensas, e dificilmente se conseguia aumento da bôlha por descolamento progressivo à pressão digital. Persiste a indisposição e o desânimo. Inclinamo-nos para a possibilidade diagnóstica de penfigóide e propuzemos a biópsia para estudo histopatológico. Pequena lesão lenticular, recente, foi biopsiada, retirada de área não eritematosa.

Histopatologia: bôlha subepidérmica, provocando distensão da epiderme e desaparecimento dos cones interpapilares, nos seus limites inferiores. Conteúdo líquido sobrepujando, em importância, os elementos celulares, representados quase que exclusivaemnte por polimorfos-nucleares eosinófilos, existentes em grande número. Base da bôlha representada pelo corpo papilar, não revestida de células basais, porém edemaciado, com capilares dilatados e com infiltrado celular, constituído, principalmente, de eosinófilos, presentes, também, na parte superior do cório. Ausência de acantólise. Nota-se, nos limites extremos da bô-

lha, área de edema sub-basal, com presença de eosinófilos, parecendo mostrar o mecanismo de formação da bôlha.

Diagnóstico: reação inflamatória aguda, com formação de bôlha subepidérmica características de penfigóide, dermatite polimorfa e eritema multiforme.

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne L. Rocha — Lembra a possibilidade de ser o caso classificado como dermatite de Dühring, onde achou todos os elementos desta última doença.

Dr. Mario Rutowitsch — Também pensou em dermatite de Dühring. Sugere emprêgo de sulfas, na terapêutica da doença.

ESCLEROMA NEONATORUM — DRS. GLYNE L. ROCHA, CEZAR CHIAFITELLI e ANTÔNIO MARCIO LISBOA

Paciente vindo da Clínica Dermatológica do Hospital do Servidor da Prefeitura (D.F.). E.N.B., com 3 meses de idade, parda, residente à rua Augusto Franco, 191, Cavalcanti, D.F. A primeira consulta ocorreu em 15 de janeiro de 1959. Apresentou, com 7 dias de nascida, placa dura, esclerosada, situada na nádega esquerda (como se fôra um abcesso, segundo informa a genitora). No dia seguinte foi invadida a região costal, sempre sob a forma de placard duro e circunscrito, de coloração levemente eritematosa. Êsses placards endurecidos foram se sucedendo em outras regiões, ao mesmo tempo que afloravam à superfície. História de sofrimento fetal durante o parto: cianose, baixa de temperatura, necessitando tenda de oxigênio. Nos primeiros 5 dias de nascida, quando tocada pela mãe, a paciente chorava, sugerindo dor.

Exame dermatológico: sentem-se, à palpação, nos planos profundos das nádegas, dos braços, dos pômulos da face, das coxas e do dorso, placas de consistência dura, bem limitadas, sem alteração na pele que os cobre. Quando da retirada de material para o exame histopatológico, notou-se a saída de líquido gorduroso, de coloração amarelada, sem odor. A curva de temperatura manteve-se normal.

Exame complementar: biópsia n.º 181 (Clínica Dermatológica do H.S.P.)

ELASTOSE SOLAR COM PSEUDO-MILIUM COLÓIDE — DRS. GLYNE L. ROCHA CEZAR CHIAFITELLI e SYLVIO FRAGA

Pacientes vindos da Clínica Dermatológica do Hospital do Servidor da Prefeitura (D.F.).

1.º caso: J.M.E., de 13 anos, branco, casado, enfermeiro, residente à avenida Santa Cruz, 1.715, Bangu. Há 10 anos, apresenta lesões situadas nas faces de extensão dos antebraços e no têrço inferior dos braços (a manga da camisa estabelece limite nítido à dermatose). Ausência de sintomas subjetivos. O aparecimento e o desenvolvimento das lesões foram rápidos, tendo-se mantido estacionária a marcha da dermatose. Filho de pais italianos.

Exame dermatológico: apresenta variedade de quadros dermatológicos, a saber: lesões papulosas, translúcidas, acuminadas ou chatas, isoladas, de colorido amarelo, localizadas nos antebraços e braços; as lesões confluem, nos bordos limitantes das mãos, formando queratodermia composta de elementos acuminados, de colorido escuro; aumento das pregas normais da região da nuca, que se apresentam com aspecto típico da cutis rhomboidalis; lesões eritêmato-atróficas, mostrando reticulado pigmentar situado ao nível do colo (decoletée).

Exames complementares: biópsia (na Clínica Dermatológica do H.S.P.). Colorações: H. & E. Masson, orceína, Mac Manus.

2.º caso: A.F., de 41 anos, casado, branco, trabalhador da Prefeitura do Distrito Federal, residente à rua Aglaia, 8, Bangu. A doença teve início há 5 anos. A paciente apresenta lesões confluentes ou isolados, papulóides translúcidas, miliares, de pequeno porte, situadas em tôda a face de extensão dos antebraços, sòmente nas regiões expostas ao sol. Observam-se, também, placas de lesões verrucosas acuminadas, mais pigmentadas do que a pele normal, situadas ao nível do bordo da mão, entre os 1.º e 2.º quirodáctilos.

Exames complementares: biópsia n.º 204 (Clínica Dermatológica do H.S. P.). Colorações: H. & E., Masson, orceína e Mac Manus.

AMILOIDOSE CUTÂNEA GENUÍNA — Drs. Sylvio Fraga e Jarbas A. Porto

Z. P., de 33 anos, branca, brasileira, informa que, há 10 anos, após traumatismo na perna direita vem notando aparecimento de hipercromia na face póstero-externa da mesma perna, acompanhada de prurido discreto e ocasional. Há 18 meses, começou a sentir prurido no abdome que, ràpidamente, se estendeu a todo o tronco e aos membros superiores, aparecendo por crises paroxísticas e chegando a interferir com o sono. Neste ano e meio, perdeu 10 quilos e a hipercromia difusa vem se acentuando, nas áreas atingidas pelo prurido. Tem melhorado com o uso de injeções de anti-histamínico, há 20 dias.

Exame dermatológico: hipertricose das pernas, sem hipertrofia dos pêlos. Nos dois têrços inferiores da face póstero-externa da perna direita, estendendo-se até a região pré-tibial, existência de mancha hipercrômica, de coloração pardo-acastanhada de aspecto ictiosiforme, envolvendo quase tôda a perna, acima da região maleolar. A pele, na área hipercrômica, mostra-se discretamente infiltrada, o que se nota pela dificuldade de pregueamento, pela palpação bidigital e pela acentuação das linhas epidérmicas que delimitam campos losângicos. Hipercromia de todo o tronco, inclusive das regiões glútea e mamária, com pele lisa, pouco brilhante, apresentando numerosas escoriações lineares, em traves paralelas, com alguns centímetros de extensão, recentes, cobertas por crostas hemáticas. Na área superior do dorso, especialmente nas regiões supra-espinhosas, nota-se hipercromia acastanhada, mais intensa do que no restante da pele, com micromáculas enegrecidas, em disposição moniliforme. Na face externa dos braços e na de extensão dos antebraços, aparece o mesmo tipo de hipercromia, porém menos acentuada, com numerosas escoriações idênticas às já descritas. Prurido no tronco, nos braços e nas coxas, intolerável, aparecendo por crises, especialmente à noite. Nas pernas, prurido discreto, eventual.

Histopatologia (Prof. Dr. H. Portugal): amyloidosis cutis (perna direita). Melanose (região lombar esquerda). Prova de Bennhold: 18% de retenção do corante. Prova de Nomland: área avermelhada, difusa, de 8 cm por 6 cm, situada na área hipercrômica da perna direita, 48 horas após injeção de vermelho Congo. Área ovalar, de 12 cm por 6 cm, avermelhada, com limites pouco nítidos, situada na região lombar direita, no mesmo tempo de observação.

Associação mórbidas: nihil. Exames de laboratório: não foram realizados. Terapêutica: anti-histamínico injetável, com melhora acentuada do prurido, o qual recrudesce quando é interrompido o tratamento. Usou, sem resultado, sulfapirina, Olobintin 10%, injetável, e vaselina salicilada. Observação: dez dias após a injeção subcutânea e intradérmica de vermelho Congo, a área corada em vermelho, na perna, mostrava, ainda, tonalidade cereja, com numerosos pontos micrométricos, mais corados do que a pele em tôrno. Na região lombar, a placa se mostrava de coloração róseo-clara e com menores dimensões. Um mês depois, ainda se distinguia pontilhado rosado, em distribuição irregular, na área da perna anteriormente corada, enquanto que, na região lombar, nada se notava. Três meses depois, surgiu, na face póstero-externa da perna esquerda, ao longo da região pretibial, discreta hipercromia, difusa, com micromáculas hipercrômicas, em fieiras. Dois meses depois, o paciente informava que o prurido melhorara consideràvelmente, no tronco e nos membros superiores, e piorara nas coxas, sendo quase insignificante nas pernas. As lesões da perna esquerda mostravam-se pouco mais extensas, distinguindo-se micropapuletas sôbre as máculas hipercrômicas, em disposição moniliforme. A paciente já usou mais de 200 empôlas de anti-histamínico (AZ 8).

AMILOIDOSE CUTÂNEA GENUÍNA — Dr. Jarbas A. Porto

D.G.R., de 38 anos, branco, brasileiro, registrado no H.S.E. sob o n.º 181.653. Informa que, há 7 anos, começou a sentir prurido no têrço inferior da perna esquerda, notando a existência de pequenas lesões papulosas, que se desenvolveram, com o decorrer dos anos. Dois anos mais tarde, surgiu prurido, na área simétrica da perna direita. Ignorava a existência de lesões pigmenta-

das, situadas no dorso, interpretadas, pela espôsa, como manchas de sujidade. Submeteu-se a vários tratamentos inclusive à radioterapia, sem resultado.

Exame dermatológico: no têrço inferior da região pretibial, da perna esquerda, presença de placa, com dimensões de 12 cm, constituída por lesões papulosas, confluentes, hemisféricas, atingindo o máximo de 3 mm de diâmetro, eritêmato-pigmentadas, com superfície lisa ou áspera, algumas com ápice escoriado, duras, acompanhadas de prurido intolerável, manifestando-se por crises quase diárias. Em situação simétrica, na outra perna, nota-se placa do mesmo tipo, porém menor, com lesões menos desenvolvidas e com prurido menos acentuado. Nas regiões da omoplata esquerda, na interescápulo-vertebral e na altura da sétima vértebra cervical, existência de placas numulares, hipercrômicas, achocolatadas, sôbre as quais se identificam micropapuletas agrupadas, não acompanhadas de prurido.

Histopatologia: amyloidosis cutis (perna esquerda). Exames de laboratório: exame parcial de urina, normal; dosagem de proteínas totais do sôro, normal; associações mórbidas: nihil.

Terapêutica: emprêgo de fatôres lipotrópicos, com melhora do prurido, que passou a ser menos intenso e menos freqüente. Observações: quatro meses, após a consulta inicial, o paciente abandonou o Serviço, voltando 2 anos depois, quando o quadro dermatológico apresentava as seguintes modificações: lesões da perna esquerda, puntiformes, hipercrômicas na periferia da placa papulosa; lesões da perna direita, sem modificações; lesões do dorso, máculas hipercrômicas acastanhadas, puntiformes, e micropapuletas do mesmo tipo descrito anteriormente; na região maleolar externa da perna esquerda, lesões papulosas, de coloração pardo-acastanhada, miliares, agrupadas ou em disposição moniliforme, em plano de limites irregulares, acompanhadas de prurido discreto, intermitente, aparecidas há 1 ano; ao nível do tendão de Aquiles, duas lesões lineares, constituídas por pápulas miliares, não pruriginosas.

CASO PRÓ-DIAGNOSE — Dr. Jarbas A. Porto

O.C., de 40 anos, branco, brasileiro, auxiliar de autópsia do biotério do S.N.D.M., com passado de tromboangeíte obliterante, dos membros inferiores, diagnosticada em 1955. Nesse ano, submeteu-se a simpatectomia lombar e alguns meses depois, a esplenectomia total, em virtude de esplenomegalia de causa não determinada. Nega passado venéreo. Informa que, há mais ou menos 2 meses, sofreu várias escoriações, lidando com capim para alimentação dos animais, no biotério onde trabalha. Quinze dias depois, começou a notar o aparecimento de nódulos, os quais têm aumentado de tamanho e de número, sem manifestações subjetivas locais ou sintomatologia geral.

Exame dermatológico: paciente com aparente bom estado físico geral. Apresenta, ao nível da região pré-esternal, volumosa tumoração, de dureza elástica, do tamanho de limão, mostrando pele lisa, avermelhada e brilhante, pouco dolorosa à palpação bidigital e livre do plano ósseo. Nas regiões peitoral esquerda e direita, axilar direita (2) e infra-axilar direita, presença de nódulos subcutâneos, de conformação globosa e lobulada, duros, indolores, livres dos planos superficiais e profundos, sem modificação da côr ou da textura da pele subjacente e de tamanho variando de uma lentilha ao de um limão. Acima da crista ilíaca direita, volumosa tumoração, profunda, do tamanho de uma laranja, aparecida, sùbitamente, 15 dias após o primeiro exame e aumentando, ràpidamente, de tamanho.

Evolução: a biópsia do nódulo da região pré-esternal e da incisão no peitoral esquerdo não revelou existência de coleção líquida, porém tecido duro e fibroso ao corte. A cicatrização das incisões decorreu normalmente. Após a biópsia, os nódulos incisados começaram a involuir, respectivamente, há 6 e 16 dias, coincidindo com o emprêgo de Penicilina Benzatina, na dose de 1.200.000 u. no mesmo intervalo. Os demais nódulos começaram a involuir, ràpidamente, desde há 6 dias, observando-se o desaparecimento de alguns.

Exames de laboratório: sorologia para sífilis, negativa; hemograma e exame parcial de urina: normais.

CASO PRÓ-DIAGNOSE — Dr. Jarbas A. Porto

N.P.O., 16 anos, branca, brasileira, informa que, há 2 anos, notou o aparecimento súbito, de mancha hipercrômica no dorso, sem explicação aparente. Não sabe precisar se houve aumento da lesão nestes dois anos. Usou alguns tópicos, sem resultado. Não há casos idênticos em pessoas da família.

Exame dermatológico: lesão hipercrômica ocupando quase todo o dorso, ardosiada, constituída de faixas e estrias lineares, formando desenhos caprichosos, intercaladas por área de pele aparentemente normal. Lesões hipercrômicas, de forma irregular, atingindo até o tamanho de 1 cm. Não se queixa de prurido.

Histopatologia (fragmento de pele do dorso): discreta atrofia da epiderme, com moderada hiperceratose difusa, preenchendo pequenas depressões. Hiperpigmentação da camada basal e prolongamento, filiforme, de alguns cones interpapilares. Homogeinização de algumas papilas. Cromatóforos em tôrno de capilares da parte superior da derme.

Diagnóstico: melanose.

CASO PRÓ-DIAGNOSE — Prof. R. D. Azulay e Dr. J. Serruya

Augusta S., de 18 anos, parda, solteira, estudante, baiana (ficha n.º 3.762 da Clínica Dermatológica da Faculdade Nacional de Medicina). Informou a genitora da paciente que, desde o nascimento, ela apresenta nódulos na perna esquerda. Aos quatro anos de idade foram-lhe retirados 3 dêsses nódulos, no Hospital Jesus. As lesões permanecem estacionárias, quanto ao número e quanto ao aspecto.

Exame dermatológico: observam-se, na face ântero-externa da perna esquerda, 4 nódulos isolados e dispostos, linearmente, no sentido longitudinal. O dorso do pé esquerdo apresenta lesão idêntica. Êsses nódulos são consistentes e manifestam-se aderentes à pele, que se apresenta bem mais pigmentado do que a pele normal circunvizinha.

Diagnósticos presuntivos: julgamos tratar-se de tumor de tecido conjuntivo e/ou nervoso. Daí a solicitação de exame histopatológico. Êste não revelou tratar-se de tumor, apresentando, apenas, área de fibrose subcutânea, por colagenização gradual do tecido adiposo e por pequenos focos inflamatórios inespecíficos.

A sorologia foi negativa.

CASO DE AMILOIDOSE CUTÂNEA (FORMA MACULOSA) — Prof. R. D. Azulay e Dr. J. Serruya

Manoel R. V., de 42 anos, branco, casado, farmacêutico, português (ficha n.º 3.639 da Clínica Dermatológica da Faculdade Nacional de Medicina). A doença teve início há 6 meses, com o aparecimento de mancha pruriginosa, no dorso.

Exame dermatológico: observa-se, no lado esquerdo da região dorsal, mancha de tonalidade castanho-escura, de limites imprecisos medindo, aproximadamente, 10 cm de diâmetro. Tem-se a impressão de que essa lesão é constituída por outras, puntiformes, sugerindo papuletas, porém de relêvo ao tato. A individualização dessas lesões é mais nítida na periferia. Além dessa lesão, observam-se, também, manchas da mesma tonalidade, de configuração linear e paralelas, situadas acima da placa e devidas à coçadura.

Diagnóstico presuntivo: julgamos tratar-se de amiloidose. Solicitamos exame histopatológico o qual não revelou presença de substância amilóide. Uma segunda biópsia, entretanto, evidenciou a presença de substância amilóide em raros papilos e em quantidade mínima (biópsia n.º 8.321-A). O interêsse do caso encontra-se nos seguintes pontos: localização invulgar e aspecto maculoso, embora se julgar a lesão constituída de papuletas.

Sessão de 27 de maio de 1959

O Sr. Presidente transmite à Casa o convite do Colégio Brasileiro de Cirúrgiões, para que a Sociedade tome parte no VII Congresso Brasileiro de Cirurgia. O Dr. Costa Júnior tece comentários sôbre o programa da Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, a realizar-se em São Paulo. Considera o tema escolhido — pré-câncer — por demais extenso e solicita esclarecimentos sôbre se há limitação a um grupo dessas doenças. O Prof. Oswaldo Costa responde negativamente, e diz que o tema compreende tôdas as enfermidades pré-cancerígenas da pele. É aceito como sócio efetivo o Dr. Onofre Ferreira de Castro.

ORDEM DO DIA:

SÍFILIS MALIGNA PRECOCE — DRS. A. POSSE FILHO e JARBAS A. PORTO

"G. V., do sexo masculino, de 29 anos, branco, solteiro, espanhol, há 5 anos no Brasil. Profissão: garção. Informa ter sempre gozado boa saúde. Nega doenças venéreas. Sofreu apendicectomia, em dezembro de 1957. Conta que, aproximadamente há 6 meses, surgiu pequena lesão eritematosa, ligeiramente elevada, do tamanho de uma lentilha, na região frontal, sem sintomatologia subjetiva. Regrediu, espontâneamente, após 8 ou 10 dias. Posteriormente, surgiu idêntica lesão, com evolução semelhante, próximo ao maléolo externo direito. Há cêrca de 2 meses, teve surto de lesões papulóides, no tronco e nos membros. Regrediram, com a administração de 8 cápsulas de Tetrex, para reaparecerem 15 ou 20 dias após, quando foi repetida a medicação (Tetrex, 8 cápsulas). Desta vez obteve, apenas, melhora parcial, sem desaparecimento das lesões. Oito a 10 dias depois da repetição dêsse medicamento, as lesões começaram a aumentar de tamanho, tornaram-se dolorosas, chegando algumas a se ulcerarem. Nesta situação, veio o paciente à consulta.

Exame dermatológico, em 27-4-59: o tronco, os membros e o pescoço apresentam, distribuídas pelas respectivas superfícies, lesões de 3 tipos: a) eritêmato-pápulo-tuberosas, lenticulares ou numulares, algumas com descamação, salientes, estando a maior, reniforme, situada no ombro esquerdo; b) eritêmato-pápulo-tuberosas, de um a dois centímetros de diâmetro, com centro deprimido, no qual se encontra uma pústula: e c) ulcerações francas, de bordos cavados a pique, arredondadas, elipsóides ou reniformes, com fundo cianosado, de superfície anfractuosa, onde se encontra tecido necrosado, raras, brilhantes, sem secreção purulenta, algumas recobertas por crôstas espessas. Estas lesões são dolorosas, dando, ao paciente, fácies de sofrimento e lentidão nos movimentos. Número total de lesões: 25 (vinte e cinco). Distribuição: ombros, pescoço, dorso, face anterior do tórax braço e antebraço esquerdos, dorso da mão direita, fossa ilíaca esquerda, coxa direita e perna esquerda. Gânglios cervicais, axilares, epitrocleanos e ingüinais, aumentados de volume e indolores à pressão.

Hipóteses diagnósticas formuladas: pyoderma gangrenosum; piodermite e diabetes mellitus; sporotrichosis; micose fungóide; sífilis. Exames de laboratório: hemograma normal; urina normal; glicemia normal; sorologia: Kahn, Kline e V.D.R.L., positivas; Kahn quantitativo: 160 U; biópsia de lesão eritêmato-pápulo-tuberculosa, situada no antebraço esquerdo: o resultado dêste exame foi o primeiro que nos chegou, com o diagnóstico de sífilis. Histopatologia: epiderme mostrando coliquação da basal. Notam-se, na dorme, nódulos linfoplasmocitários, em tôrno de vasos, com proliferação endotelial. Diagnóstico: quadro histopatológico sugerindo o de sífilis secundária. (24-9-59 — Jarbas A. Porto).

Diagnóstico: sífilis maligna precoce. Terapêutica: penicilina (início em 4-5-59). Evolução: desaparecimento da dor e das lesões ulcerosas, 24 horas após a 1.ª injeção de penicilina. No 4.º dia de tratamento, verificou-se a regressão do infiltrado das lesões e esbôço de tecido de granulação nas úlceras. No 7.º dia, as lesões pápulo-tuberosas, com escamas ou pústulas, estavam reduzidas a lesões eritêmato-escamo-crostosas e as ulcerações encontravam-se mais rasas. No 9.º dia, as lesões tuberosas estavam curadas, substituídas por leve depressão eritematosa. No 14.º dia, as úlceras estavam reduzidas a 2/3 de seu tamanho e o fundo encontrava-se ao nível da pele circunvizinha. No 21.º dia, tôdas as ulcerações se apresentavam cicatrizadas".

COMENTÁRIOS:

Dr. A. Padilha Gonçalves — Declara que, no início de sua profissão, viu, com bastante freqüência, casos semelhantes. A terapêutica moderna, entretanto, tem sido bastante eficiente, evitando, assim, o secundarismo e o terciarismo da doença.

Dr. M. Rutowitsch — Informa estar a sífilis práticamente extinta no H.S.E., sendo raridade encontrar-se, hoje, casos dessa natureza.

Dr. Jarbas A. Porto — Confessa ser êste o primeiro caso de sífilis maligno precoce a que assiste, desconhecendo qualquer trabalho, brasileiro sôbre o assundo. Diz que, sendo a penicilina a única terapêutica eficaz no tratamento da sífilis, sob qualquer de suas formas, em futuro próximo os dermato-sifilógrafos não mais terão oportunidade de assistir a casos como o presente.

Dr. A. Posse Filho — Teve, inicialmente, dúvidas quanto ao diagnóstico, as quais foram esclarecidas pelas provas laboratoriais.

PÊNFIGO FOLIÁCEO — DRS. JARBAS A. PORTO e A. POSSE FILHO

"V.R.L., de 83 anos, do sexo feminino, viúva, brasileira, branca. Paciente internada no Sanatório Botafogo, sob assistência psiquiátrica do Dr. Oswald de Moraes Andrade, com o diagnóstico inicial de parafrenia e posterior de demência senil, completando 14 anos de internação, durante os quais permaneceu absolutamente reclusa. Em 21-4-59, narrou a paciente que, há um mês, vinha apresentando bôlhas de diversos tamanhos, a princípio pequenas e depois maiores, atingindo grandes proporções e causando mal-estar. Teve surto idêntico, há três ou quatro meses atrás, com regressão espontânea.

No exame dermatológico, em 21-4-59, foi verificada a existência de bôlhas de tamanho variado, desde o da cabeça de alfinete ao de um medalhão, tensas ou flácidas, raras com sangue em seu interior, algumas rôtas, arredondadas ou policíclicas, deixando à mostra superfície vermelha, limpa ou recoberta de crôstas hemáticas, distribuídas pelo tronco e pelos membros. Não apresentava lesão na cabeça e nas mucosas, afora diminuta vesícula no lábio inferior. Sinal de Nikolsky positivo. Foram biopsiadas duas pequenas lesões justapostas.

Histopatologia em 24-4-59: reação inflamatória aguda, com as características do quadro do pênfico foliáceo (Jarbas A. Porto). Exames de laboratório: hemograma, glicemia, kalemia, natremia, uremia e calcemia, normais; hemo-sedimentação: 26 mm na 1.ª hora; proteínas, 5%; urina, normal; coproscopia, negativa.

Terapêutica: Dexametasona "per os", banhos de solução de permanganato de potássio e toque das erosões com solução mercurial. Foi obtida regressão de tôdas as lesões, as quais recidivaram após a supressão do corticóide. Dose atual de manutenção: 0,5 mg. de 12/12 horas. Dá motivo à apresentação dêste caso o fato da paciente não se haver ausentado do Rio de Janeiro, há 14 anos, e de não ter saído, neste período, do bairro de Botafogo, onde se encontra internada, o que confere ao caso fôros de autoctonia. Por outro lado, salienta-se a idade avançada em que teve início a doença. Parece ser o primeiro caso brasileiro de pênfigo foliáceo, iniciado aos 83 anos de idade.

COMENTÁRIOS:

Dr. A. Posse Filho — Destaca, no caso, dois fatôres de importância: 1.º) a idade da doente; 2.º) a procedência do mesmo, do Distrito Federal, de onde jamais se afastou.

Dr. M. Rutowitsch — Concorda em que, realmente, êsses dois fatôres dão especial destaque ao caso apresentado.

CASO DE LEUCOCERATOSE ATINGINDO QUASE TODO O LÁBIO INFERIOR E O SEU TRATAMENTO CIRÚRGICO — PROF. R. D. AZULAY e DR. RONALDO PONTES

Eckert W., de 53 anos, do sexo masculino, branco, solteiro, mecânico, alemão. Ficha 2.785 do Instituto de Dermatologia. A doença teve início, há 5

anos, com o aparecimento de lesão esbranquiçada na semimucosa do lábio inferior. Próximo à comissura esquerda, começou a surgir lesão mais saliente e áspera. O paciente informa fumar cigarros, em grande quantidade, e colocar o cigarro, exatamente, no ponto que ora se torna vegetante.

Exame dermatológico: observa-se, ao nível da semimucosa do lábio inferior, atingindo mais da metade do lábio (lado esquerdo), placa esbranquiçada, de aspecto leitoso. Próximo à comissura esquerda, a lesão apresenta-se discretamente verrucosa e, à palpação, parece discretamente infiltrada.

Exames complementares: sorologia, negativa; histopatologia da lesão verrucosa: as lesões são características da leucoplasia; não há sinais de malignidade (lâmina 8.325).

Diagnóstico e conduta terapêutica: sob o ponto de vista clínico e histológico, não houve dúvida quanto ao diagnóstico de leucoplasia. A suspeita de epitelioma, embora o resultado histopatológico fôsse negativo, fêz com que indicássemos a técnica de "lip shave", com ressecção em V, da área verrucosa e infiltrada. Operação: excisão horizontal e elíptica do vermelhão do lábio inferior, com ressecção em "V" da área infiltrada subjacente à ulceração. Sutura da musculatura com cat-gut 3-0. Recobrimento do defeito cirúrgico com mucosa labial após amplo descolamento. Sutura da mucosa à pele, com pontos separados de algodão 5-0. O "lip-shave" permite nova cobertura do lábio. É intervenção relativamente simples, de pouca duração, não necessitando, de modo geral, de internação e perfeitamente tolerável sob anestesia local. Reveste-se de enorme importância, não sòmente na profilaxia do câncer do lábio, como, também, na correção de variado número de deformidades daquela região.

Indicações: pré-cancerose do vermelhão do lábio (leucoplasia, queilite actínica, fissuras crônicas, queilite glandular, etc.); carcinoma localizado do vermelhão; hipertrofia congênita do lábio; substituição de perdas traumáticas ("kiss bites"); neoplasias hipertróficas limitadas ao vermelhão (hemangioma, linfoangioma, etc.); pigmentação difusa do lábio (lentigo).

COMENTÁRIOS:

Dr. Jarbas A. Porto — Refere-se a operação semelhante, realizada, há cêrca de um ano, em placa de leucoplasia, a qual foi coroada de pleno sucesso.

CASO DE TUBERCULIDE (?) PAPULOSA HIPERÉRGICA — PROF. R. D. AZULAY

"Anita T., de 36 anos, branca, casada, doméstica, natural do Distrito Federal, residente à rua Cruz de Souza, 78, c/2. Fichada, a 26-11-58, sob o n.º 1.896, na Clínica Dermatológica da Faculdade Nacional de Medicina. Antecedentes pessoais e familiares: ausência de tuberculose. A paciente refere ter a doença sido iniciada, há dois anos, com o aparecimento de pontos avermelhados, persistentes, nos membros superiores, estendendo-se, mais tarde, ao tronco, à face e aos membros inferiores. As lesões, vermelhas no início, tornaram-se, mais tarde castanhas e um pouco maiores.

Exame dermatológico: lesões papulosas, em média do tamanho de um grão de arroz, de relêvo apenas discreto, umas róseas e outras castanhas, abundantes, situadas na face, no tronco, nos membros inferiores e nos superiores. Aparelhos e sistemas: normais.

Exames complementares: radiografia dos campos pulmonares, normal; sorologia, negativa; hemograma: hemácias — 4.030.000 p. mm3, hemoglobina — 9.3 g.%, volume globular — 40%, leucócitos — 10.750 p. mm3, bastões — 6%, segmentados — 68%, linfócitos — 22%, monócitos — 4%. Hemos-sedimentação — 59 mm. na 1.ª hora; microscopia das fezes, negativa. Urina, normal; exame histopatológico — biópsia de duas lesões: em ambas havia, apenas, no derme, alguns focos histiócito-linfocitários (lâminas 8.298) 1 e 2. Testes alérgicos microbianos: estafilococo, negativo; estreptococo, negativo; shigela, negativo; brucela, negativo; salmonela, +; coli, ++; tox. estrept., ++; tuberculina, 1/100 — +++; 1/1.000 — ++; 1/10.000 — +; 1/100.000 — +; 1/1.000.000 — +; 10.000.000 (—).

A paciente encontra-se sob a observação do relator há cinco meses. Nesse período, surgiram novas lesões, sem qualquer sinal de melhora. Tendo em vista os resultados do exame histopatológico e da sorologia, foram afastados os diagnósticos de urticária pigmentosa, de líquen nítido, de sífilis papulosa e da parapsoríase em gôta. Nesta observação, o único elemento que parece importante é o resultado do teste tuberculínico (positividade até 1/1.000.000). Êsse resultado leva a crer que se trate de tuberculide hiperérgica, apesar da negatividade do exame histopatológico. Aceitando êsse diagnóstico, surge outra dificuldade: o seu enquadramento no grupo das tuberculides. Por várias razões, não se enquadra bem nas descrições dos tipos conhecidos".

COMENTÁRIOS:

Dr. Jarbas A. Porto — Indaga se houve reação focal, quando foram realizados os testes à tuberculina, e se havia concomitância de história pessoal ou familiar de tuberculose.

Prof. R. D. Azulay — Pensou, de início, em urticária pigmentosa. Os achados histopatológicos não foram positivos às tuberculides. Os testes tuberculínicos forneceram algum interêsse, sendo, entretanto, necessário que o caso fôsse longamente observado. Muito raramente se tem verificado, nas tuberculides, positividade da titulagem de 1/1.000.000. No caso presente, essa titulagem deu positividade no teste. Não há casos de tuberculose na família, sendo também negativa a doença no paciente.

CASO PRÓ-DIAGNOSE — DR. JARBAS A. PORTO

E.S.M., de 6 anos, parda, brasileira (reg. 128.981). Apresentou-se à consulta com lesões pigmentadas, localizadas nas pernas. Informou sua mãe que há 3 anos a paciente começou a apresentar mancha hipercrômica, achocolatada, de tamanho miliar, localizada no têrço médio da região pretibial da perna direita. Esta lesão aumentou de tamanho, gradativamente, até alcançar o atual, não tendo sido acompanhada de sintomas subjetivos. Nos últimos meses, surgiram lesões semelhantes em ambas as pernas. Tem aplicado vários medicamentos tópicos, sem resultado.

Exame dermatológico: observa-se, no têrço médio da crista da tíbia, da perna direita, pequena placa hipercrômica, achocolatada, de forma elíptica, medindo 8x6 cms., com bordos bem delimitados e superfície lisa e atrófica, perceptível pelo pregueamento fácil, quando à palpação bidigital. Queixa-se de dor discreta, à pressão. Na área supramaleolar externa, da mesma perna, pequena mancha hipercrômica, fusiforme, de 25x1 cms., de tonalidade violácea, sôbre a qual há a sugestão de micropápulas. No têrço inferior da região pretibial, grupos de lesões semelhantes, de pequenas dimensões. Na região pretibial esquerda, lesões semelhantes.

COMENTÁRIOS:

Prof. Oswaldo Costa — É de parecer que se trata de líquen plano. Sugere ao relator revisão da nomenclatura, procurando enquadrar o caso em forma dessa doença.

Dr. Mario Rutowitsch — Menciona os arsenicais, os quais, possìvelmente, teriam influência no caso.

Dr. Jarbas A. Porto — Declara que, inicialmente, pensou em necrobiose lipoídica diabeticorum, tendo sido, entretanto negativos os achados histopatológicos para essa doença. O diagnóstico de líquen plano pareceu-lhe, a seguir, mais viável. Cita as suas observações, na parte histopatológica, em 100 casos dessa doença, revistos ùltimamente.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

Considerações relativas à blastomicose sul-americana — Da participação pulmonar entre 338 casos consecutivos. J. Machado Filho e J. Lisboa Miranda. Hospital, Rio de Janeiro, 58:431 (set.), 1960.

Tratamento do pênfigo foliáceo pela associação corticosteróide-antibiótico. Olyntho Orsini. Hospital, Rio de Janeiro, 58:463 (set.), 1960.

A proteina C reativa no pênfigo foliáceo. Tancredo A. Furtado, José Pio Cardoso e Eduardo O. Cisalpino. Hospital, Rio de Janeiro, 58:541 (set.), 1960.

Pitiríase versicolor do couro cabeludo. A. T. Londero e O. Fischman. Hospital, Rio de Janeiro, 58:577 (set.), 1960.

Artesanato. José Mariano. Arq. min. de leprol., 19:363 (julho), 1959.

Nevrite leprótica pura. Tancredo A. Furtado e M. Salvador Nankran. Arq. min. de leprol., 19:372 (julho), 1959.

A contagiosidade da lepra. H. C. de Souza Araujo. Arq. min. de leprol., 19:380 (julho), 1959.

Quimioterapia profilática. Francisco Amendola. Arq. min. de leprol., 19:384 (julho), 1959.

Relatório da Clínica Ginecológica e Obstétrica do Sanatório Santa Isabel. Anibal Carvalho Lamêgo. Arq. min. de leprol, 19:390 (julho), 1959.

Consideracões relativas à blastomicose sul-americana. J. Lisbôa Miranda e J. Machado Filho. Hospital, Rio de Janeiro, 56:579 (out.), 1959.

Tratamento do penfigo foliáceo pela triamcinolona. Tancredo A. Furtado e Geraldo Batista. Hospital, Rio de Janeiro, 56:657 (out.), 1959.

A dexametasona nas doenças alérgicas. Brum Negreiros e Alberto Eisenberg. Hospital, Rio de Janeiro, 57:235 (fev.) 1960.

Apontamentos à terapêutica do penfigo foliáceo. Mario Fonzari. Hospital, Rio de Janeiro, 57:275 (fev.), 1960.

Tratamento das amiotrofias lepróticas pela Vitamina E. V. Moraes Sarmento. Hospital, Rio de Janeiro, 57:319 (fev.), 1960.

Criptococose genital feminina. A. Chaves Batista, Jarbas S. Silveira e R. Pessoa Coelho. Hospital, Rio de Janeiro, 57:365 (fev.), 1960.

Tumor glômico. Almir J. Pereira. Rev. goiana de med., 5:129 (abril-junho), 1959.

Sífilis maligna precoce. Antonio Posse e Jarbas Porto. Bol. Cent. Est. Hosp. Serv. Est., 11:690 (dez.), 1959.

Sífilis cárdio-vascular. Correlação anátomo-clínica em tôrno de 60 casos. Rubem Tabacoff. Bol. Hospital Clínicas (Salvador-Bahia), 5:7 (março), 1959.

Tratamento das feridas da mão. Danilo Coimbra Gonçalves. Rev. méd. municipal, 26:141 (abril-junho), 1959.

Cirurgia reparadora no câncer da cabeça e pescoço. Antonio Prudente. Bol. de Oncol. da Ass. Paul. de Combate ao Câncer 38:50 (set.), 1959.

Carcinoma espino-celular do lábio inferior operado (191.ª Reunião Anátomo-Clínica — 2-4-59). Bol. de Oncol. da Ass. Paul. de Combate ao Câncer, 38:114 (out.), 1959.

Cicatrizes deprimidas. Tratamento pela "plástica em Z". O. Lodovici e V. Spina. Rev. da Ass. Méd. Brasil., 5:239 (agôsto), 1959.

Técnica conservadora para o tratamento do lábio leporino unilateral. V. Spina e O. Lodovici. Rev. da Ass. Méd. Brasil., 5:325 (out.), 1959.

Úlcera duodenal aguda após queimadura — Úlcera de Curling. A. G. de Freitas Neto. Rev. da Ass. Méd. Brasil., 5:343 (out.), 1959.

Intradermo-reações com antigeno de culturas de leishmania braziliensis submetidas à ação do ultra som: resultados obtidos. Marcelo O. A. Correa e Vicente Amato Neto. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 17 (número único)·39, 1957.

Influência da temperatura cutânea no desenvolvimento de lesões leishmanióticas. C. Pereira M. P. de Castro e D. de Mello. Arq. Inst. Biológico, 25:121, 1958.

Novos rumos para o problema da profilaxia da lepra. Luis Batista. Rev. brasil. de leprol., 27:3 (jan.-março), 1959.

The action of electronegative colloidal particles on the inflammatory reaction induced by Mycobacterium leprae on M. leprae murium in rats, guinea pigs and rabbits. W. A. Hadler. Rev. brasil. de leprol., 27:9 (jan.-março), 1959.

Classificação da lepra — Madrid 1953 — Critério clínico — Confronto com os resultados da bacterioscopia, imunologia e histologia — 250 casos do dispensário de Campinas — 1949-1958. R. Quagliato. Rev. brasil. de leprol., 27:15 (jan.-março), 1959.

Aspectos psicológicos que devem ser considerados pelos médicos que trabalham em serviço da lepra. J. Martins de Barros. Rev. brasil. de leprol., 27:31 (jan.-março) 1959.

A profilaxia da lepra: o passado, o presente, o futuro. F. E. Rabelo. Rev. brasil. de leprol., 27:71 (abril-junho), 1959.

A reação lepromínica em cobaias após prévia inoculação do BCG e de Mycobacterium tuberculosis morto por irradiação. R D. Azulay, R. G. Neves e J. D. Azulay. Rev. brasil. de leprol., 27:81 (abril-junho), 1959.

O problema da lepra (orientação atual e discriminação de verbas). Luis Batista e José Peres Netto. Rev. brasil. de leprol., 27:87 (abril-junho), 1959.

Influência da calmetização na mutação da lepra indiferenciada pela tuberculóide reacional. Dardo de Menezes. Rev. brasil. de leprol., 27:93 (abril-junho) 1959.

Tratamento das amiotrofias lepróticas pela Vitamina E — nota prévia. Victor Moraes Sarmento. Rev. brasil. de leprol., 27:103 (abril-junho), 1959.

Correlação e antagonismo Lepra — Tuberculose. Alguns aspectos estatísticos observados no Rio Grande do Sul. E. C. de Campos. Rev. brasil. de leprol., 27:117 (julho-set.), 1959.

Influência da vacinação pelo BCG sôbre a lepromino-reação em pessoas sadias comunicantes e não comunicantes de casos de lepra. C. Sival e A. Rabelo Netto. Rev. brasil. de leprol., 27:129 (julho-set.), 1959.

Comentários e sugestões de uma campanha antileprótica baseados em nossa experiência de 21 anos no Dispensário de Uruguaiana. Dardo de Menezes. Rev. brasil. de leprol., 27:144 (julho-set.), 1959.

Reabilitação do hanseniano (Situação do doente de lepra internado e do egresso em face do trabalho). Luis Batista. Rev. brasil. de leprol., 27:166 (out.-dez.), 1959.

Correlação entre os resultados da leitura clínica e do exame histopatológico da reação de Mitsuda. J. M. Bechelli P. Rath de Souza e R. Quagliato. Rev. brasil. de leprol. 27:172 (out.-dez.), 1959.

Viragem do Mitsuda pelo BCG em filhos de hansenianos. S. R. Moreno. Rev. brasil. de leprol., 27:183 (out.-dez.), 1959.

Aspectos epidemiológicos e clínicos da lepra em Uruguaiana. Dardo de Menezes. Rev. brasil. de leprol., 27:192 (out.-dez.), 1959.

Antigeno de Mitsuda preparado com gânglio de doente lepromatoso. Nelson Souza Campos. Rev. brasil. de leprol., 27:213 (out.-dez.), 1959.

Estudo para um serviço de reabilitação experimental para hansenianos no Departamento de Profilaxia da Lepra. João Ernesto Faggin. Rev. brasil de leprol., 28:3 (jan.-março), 1960.

Polissacarides séricos nos diferentes tipos e fases da lepra. Cândido Silva e Milan Tuma. Rev. brasil. de leprol., 28:17 (jan.-março), 1960.

Valor da técnica no desenvolvimento dos nosocômios de lepra. Lourdes de Freitas Carvalho. Rev. brasil. de leprol., 28:22 (jan.-março), 1960.

As doenças infecciosas e o Serviço Militar. Jayme Aben-Athar e Ary Scheidt. Rev. brasil. de leprol., 28:27 (jan.-março), 1960.

Análises

TESTES ALÉRGICOS POR ELECTROFORESE. LAIN PONTES DE CARVALHO. *Hospital*, Rio de Janeiro, 57:659 (abr.), 1960.

O autor tece considerações, inicialmente, sôbre a teoria da electroforese com alergenos e dá a técnica dos testes.

Em seguida, apresenta estudo comparativo com a técnica de puntura, realizando os testes em 50 pacientes com síndromes alérgicas das vias respiratórias e utilizando alergeno de poeira domiciliar e uma solução testemunha.

Finalmente, conclui pela adoção da técnica como conseqüência das seguintes vantagens:

a) ausência absoluta de reações dolorosas;
b) maior precisão;
c) ausência total de reações por irritações; e
d) ausência total de seqüelas.

Resumo do autor

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR DIFUSA. H. PORTUGAL e A. PÔRTO MARQUES. *Hospital*, Rio de Janeiro, 57:813 (maio), 1960.

A leishmaniose tegumentar difusa (LTD) foi descrita pelos dermatologistas venezuelanos, como uma forma clínica nova da leishmaniose tegumentar americana (LTA). Pretendem alguns pesquisadores que se trate de uma entidade mórbida. Os caracteres que a distinguem da LTA são os seguintes: 1) lesões túbero-nodulares e tumoriformes esparsas pela pele: na face têm aspecto muito semelhante ao do tipo lepromatoso. A mucosa nasal pode ser levemente afetada, porém em continuidade com o processo cutâneo; 2) ausência de lesões viscerais; 3) reação de Montenegro negativa; 4) estrutura histológica característica com extraordinário número de leishmânias; 5) resistência total ao tratamento.

O caso estudado foi observado em 1933, quando o paciente, de 24 anos, achava-se internado no Leprosário do Prata (Estado do Pará, Brasil) como se fôsse portador de Mal de Hansen. Apresentava lesões túbero-nodulares isoladas ou confluentes na pele do nariz, fronte, pômulos, lábios, orelhas e membros superiores e inferiores.

O exame histológico demonstrou a existência de granuloma de células claras vacuolizadas, contendo inúmeras leishmânias. O tratamento, feito com Fuadina e Neo-Stibcsan, não produziu o menor resultado.

Em todos os casos, até agora publicados, registra-se o mesmo aspecto clínico semelhante e às lesões lepromocosas e grande número de enfermos considerados portadores do Mal de Hansen, tinha sido internado em leprosários.

Outra hipótese a respeito da étio-patogenia da LTD é de que se tratasse do "post Kala-azar dermal leishmaniasis (Brachmachari)". Contra ela, porém, faltam os dados da procedência de grave doença visceral febril. Dos casos publicados, apenas em 2, observados no Brasil, é possível admitir a conjectura pois ambos tinham residido em zonas endêmicas de calazar e sofrido de impaludismo, o qual, como se sabe, pode ser confundido com o calazar pela, sobretudo através de informações dos pacientes.

Resumo dos autores

CONSIDERAÇÕES RELATIVAS A BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA. DO COMPORTAMENTO DAS PROTEINAS SÉRICAS. J. MACHADO FILHO e J. LISBÔA MIRANDA. *Hospital*, Rio de Janeiro, 57:919 (jun.), 1960.

São apresentados os resultados das dosagens das proteínas séricas em 122 casos de blastomicose sul-americana (BSA).

O método utilizado foi o descrito por Cohn e Wolfson, com fracionamento das proteínas séricas pelo sulfito de sódio.

Nesta série, 56 doentes apresentaram lesões ativas e nunca haviam sido tratados com sulfa, enquanto 66 tinham ou estavam sob esta terapêutica antes de entrarem para estudo. Entre os doentes dêste último grupo, 39 eram portadores de lesões ainda ativas.

Os resultados obtidos, submetidos a análise estatística, mostram que a BSA determina diminuição das albuminas e aumento de globulinas. Os achados anormais eram influenciados pela atividade das lesões, rapidez de sua evolução e localização profunda (sistêmica) da doença. O tratamento pelos compostos de sulfa ou pelo Amphotericin B normalizaram os valores de albuminas e globulinas séricas.

Foram comentadas as utilizações práticas decorrentes dêstes resultados.

Resumo dos autores

RELAÇÃO ENTRE O LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E O LÚPUS ERITEMATOSO DISCOIDE (THE RELATIONSHIP OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND DISCOID LUPUS ERYTHEMATOSUS). ALLENE SCOTT e E. G. REES. *A.M.A. Arch. Dermat.*, 79:422(abr.),1959.

Durante períodos variando de 2 a 21 anos (tempo médio de 8 anos), foram acompanhados, de perto, 118 pacientes com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico ou discóide. Dêstes, 102 apresentavam lúpus eritematoso discóide. Os pacientes foram agrupados segundo a história clínica, o exame físico e a investigação de laboratório.

O fenômeno L. E. foi estudado em todos os pacientes, bem como em um grande grupo de contrôle. Os resultados dos testes L. E., na avaliação clínica, quase se igualaram.

Usando severo critério para o diagnóstico do lúpus eritematoso sistêmico, estamos aptos a diagnosticar em, apenas, 12% do nosso grupo de pacientes com lúpus eritematoso discóide. Esta proporção seria o máximo, uma vez que a inclusão do número total de pacientes, com lúpus eritematoso discóide, reduziria esta porcentagem para 5%. Não se pode tirar conclusões com referência à relação patogênica entre as duas doenças.

Resumo dos autores

DOENÇA DE BOWEN E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER SISTÊMICO (BOWEN'S DISEASE AND ITS RELATIONSHIP TO SYSTEMIC CANCER). JAMES H. GRAHAM e ELSON B. HELWIG. *A.M.A. Arch. Dermat.*, 80:133(ag.),1959.

É relatada a associação da doença de Bowen com o câncer interno e cutâneo. Foram estudados 35 pacientes com doença de Bowen, os quais ou foram para autópsia ou morreram após exploração cirúrgica dos órgãos internos, para exame histopatológico. Anatômicamente, as lesões eram simples ou múltiplas e ocorriam em áreas do corpo expostas ou não expostas. Clinicamente, as lesões aparecem como placas policíclicas lenticulares, eritematosas, pigmentadas, crostosas, escamosas, queratóticas, nodulares e ulceradas; apresentam-se nìtidamente delimitadas com o tecido circundante. O diagnóstico clínico, na maioria das vêzes, foi de carcinoma. A doença envolve, predominantemente, os grupos mais idosos e, nestas séries, a média de duração, desde o início até a remoção, foi de 7, 8 anos. As lesões, neste grupo de 35, ocorreram apenas em pacientes brancos, porém o grupo suplementar incluía negros orientais e latino-americanos.

Observou-se que 28 (80%) dos 35 pacientes tinham um ou mais cânceres

primários internos, ou câncer primário da pele, com metástases, tendo aparecido, em média, cêrca de 8.5 anos após o início da doença de Bowen. **Vinte e seis** dêstes 28 pacientes apresentaram lesões metastáticas ou difusão generalizada dos seus tumores primitivos.

A excisão da lesão de Bowen constituiu o tratamento de escolha, porque o processo tendia a recidivar ou não respondia à terapêutica de raios X, dissecação e curetagem. Duas lesões curaram, aparentemente, sob a ação do radium.

O período de contrôle dos 35 paciente foi de 3.4 anos, contados a partir do diagnóstico inicial da doença de Bowen até a ocorrência da morte dos pacientes. A associação da doença de Bowen, da pele, com o câncer interno e cutâneo pode perfeitamente representar manifestação cutânea de processo carcinogênico sistêmico.

Ophelia Guimarães

SÔBRE A FREQUÊNCIA E SÔBRE A CLÍNICA DAS MICOSES DAS MÃOS (ZUR KLINIK UN HAUFIGKEIT DER HANDMYKOSEN). M. K. POLANO e A. H. WATERMAN. *Hautzart*, 10:397 (set.) 1959.

Um têrço das micoses das mãos tem, como sintoma característico, eritema e descamação circunscrita sôbre as articulações metacarpo-falangianas ou (e) as articulações inter-falangianas ou (e) uma pequena vermelhidão descamativa difusa bem delimitada, situada na pele distal do dorso das mãos. As micoses das mãos podem, freqüentemente, se apresentarem sob a forma de micides. Em 43% das micoses dos pés, provocadas por *Trichophyton rubrum*, foram também, encontradas micoses das mãos. Serão comunicados outros dados relativos à freqüência das diferentes afecções devidas a cogumelos.

Resumo dos autores

OUTROS ESTUDOS SÔBRE A ALOPECIA MUCINOSA (WEITERES ZUR ALOPECIA MUCINOSA). H. PINKUS e R. J. SCHOENFELD. *Hautarzt*, 10:400(set.), 1959.

Depois dos primeiros anos de publicações, tem-se confirmado a suposição de que a doença descrita como alopecia mucinosa não é tão rara. Verificou-se, também, que Lehner e Szodoray, em 1939, descreveram um caso dessa espécie, denominando-o "inflamação folicular". Que a doença se situa nas baínhas mucinosas das raízes (identificada como mucofanerose intrafolicular e sebo-glandular de Braun-Falco) torna-se evidente, também, em alguns casos de afecções retículo-endoteliais da pele, como, por exemplo, na parapsoríase em placas (Kreibich 1926), na retículo-endoteliose e na micose fungóide (Braun-Falco, 1957). Torna-se necessário, portanto, classificar um tipo primário, idiopático, sob o quadro clínico de alopecia mucinosa, que deverá ser diferenciado do tipo secundário, sintomático, da mucinose das baínhas das raízes. O quadro clínico e o curso da alopecia mucinosa apresentam-se tão fortemente inconstantes que o diagnóstico, em cada caso, deve ser confirmado pelo exame histopatológico. Foi descrito um caso ilustrativo que apresentava três características: alopecia, infiltrado inflamatório e agrupamentos de pápulas foliculares. A mãe dêste paciente desenvolveu, igualmente, um foco de alopecia mucinosa e forneceu, com isso, a primeira observação sôbre o desencadeamento familiar da doença.

Resumo dos autores

DERMABRASÃO PARA A MELHORA DE CICATRIZES DE ACNE (DERMABRASION FOR THE IMPROVEMENT OF ACNE SCARS). HERBET RATTNER e PAUL LAZAR. *J.A.M.A.*, 171:2.326 (26-dez.), 1959.

Uma apreciação realística do método indicaria que a dermabrasão para a melhora de cicatrizes de acne pode ser uma tentativa compensadora, tanto

para o médico como para o paciente, desde que êste seja selecionado com grande cuidado e que se atente para a forma, profundidade e localização das cicatrizes e desde que o paciente também aceite apenas uma melhora, mesmo não sendo um resultado perfeito. Em tais casos, a grande maioria dos pacientes fica satisfeita, muito mais até do que os médicos. A melhoria cosmética do rosto e, em particular, a do bem-estar dos pacientes são tais que mostram que os médicos ainda avaliam mal a importância das cicatrizes de acne para os pacientes. Ficamos sempre impressionados com o número de homens e mulheres na idade madura que querem fazer êsse tratamento, garantindo-nos que mesmo uma pequena parcela de sucesso seria muito benvinda e valeria o esfôrço. Por outro lado, seria loucura aventurar-se a dermabrasão com intenção de curar distúrbios emocionais ocasionados por cicatrizes de acne. Infelizmente, a pessoa com uma pele coriácea, com depressões puntiformes e poros abertos, que está mais ansiosa e que mais precisa de auxílio, pràticamente nada obtém da dermabrasão.

Resumo dos autores

VARICELA BOLHOSA (VARICELLA BULLOSA). SAMUEL SASLAW, CLARENCE KLUCK e JOHN A. PRIOR. *J.A.M.A.*, 173:1.214(16-jul.),1960.

São relatados três casos de varicela bolhosa, que é uma rara manifestação dessa doença. Se não se apresentam complicações decorrentes de infecções secundárias, a evolução não difere dos casos comuns de varicela senão no tamanho das lesões. Fotografias das lesões mostram seus aspectos.

Resumo dos autores

ENFERMEDADES DE LA PIEL. GEORGES CLINTON ANDREWS e FRANCISCO KERDEL-VEGAS. Editorial Bibliográfia Argentina. Dois tomos, 1959.

Nova edição acaba de aparecer da tradicional e consagrada obra de Andrews. Desta vez, em língua espanhola e com a colaboração de Francisco Kerdel-Vegas. No prólogo e no prefácio fala-se em tradução; todavia, não é essa a realidade, pois o livro foi totalmente revisado, sendo adicionada grande quantidade de matéria nova, especialmente no que tange aos assuntos de dermatologia tropical. Dessa forma, a maior ênfase com relação aos temas tropicais e a redação em língua espanhola aumenta a utilidade do livro, sobretudo para os latino-americanos que não conhecem bem o idioma inglês, e para todos aquêles cujos territórios se situam em zonas tropicais.

Com o rápido progresso da medicina, em poucos anos uma obra pode envelhecer, especialmente no que se refere à terapêutica. Eis outra vantagem dessa edição, que inclui os mais recentes conhecimentos adquiridos em dermatologia, especialmente quanto à patologia terapêutica, incluindo-se a maneira de interpretação das novas noções, que se acumularam nos últimos anos, sôbre etiopatogenia de vários processos cutâneos.

Na nova edição foram bastante ampliados certos capítulos, como o da lepra. Entidades dermatológicas de descrição ou individualização recente foram também incluídas. Os métodos mais atuais de tratamento das dermatoses são indicados. Assim, no momento, tudo o que há de progresso na dermatologia é encontrado no livro de Andrews e Kerdel-Vegas.

Escrito com simplicidade e de forma sintética, sem se perder em delongas, farta e objetivamente ilustrado, apesar de ter mais de 1.000 páginas, é um livro de grande utilidade, quer para os médicos práticos, quer para os dermatologistas, mesmo os veteranos.

Antar Padilha Gonçalves

Notícias

DERMATOLOGIA IBERO-LATINO-AMERICANA

Acaba de sair o número 2 (ano 1) da revista "Dermatologia Ibero-Latino-Americana", órgão oficial do Colégio Ibero-Latino-Americano, completando o primeiro volume, relativo ao ano de 1959, já que a publicação é semestral. Está, assim, vencida a primeira etapa na vida da revista graças ao esfôrço dos dirigentes do Colégio. São elogiáveis o perfeito trabalho tipográfico e a boa organização e distribuição da matéria publicada.

ANAIS DO XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA (1957)

Estão sendo distribuídos os Anais do XI Congresso Internacional de Dermatologia, que se realizou, em agôsto de 1957, em Estocolmo. Justifica-se o atraso da publicação pela quantidade de matéria, tendo sido necessários 3 volumes para abrangê-la tôda. A publicação, muito bem impressa e organizada, contém os resumos dos trabalhos comunicados durante o conclave, fornece informações sôbre as sessões e as resoluções tomadas relativamente ao estabelecimento de um órgão de âmbito mundial para congregar os dermatologistas, fazendo ainda parte do seu conteúdo as solenidades e os programas oficiais e sociais realizados na ocasião.

PROF. JOÃO DE AGUIAR PUPO

Com grandes e merecidas homenagens, jubilou-se o Prof. João de Aguiar Pupo na cátedra de Dermatologia e Sifilografia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, após 50 anos de magistério.

Do programa constaram: missa realizada pela manhã, seguindo-se inauguração do busto do Prof. Pupo na Clínica Dermatológica, a última aula por êle ministrada aos alunos, homenagens dêstes e coquetel, com a presença da família do homenageado, dos seus colegas de Congregação da Faculdade, discípulos seus, jornalistas e amigos.

À sua última aula estiveram presentes vários professôres da Faculdade, o seu Diretor e o Reitor da Universidade de São Paulo, Prof. Uchôa Cintra. Percebia-se a emoção nas palavras do Prof. Pupo, nessa sua aula, designada como a última, porém que na realidade não o será, pois não só continuará prestando sua colaboração à Faculdade, como Professor Emérito, como não haverá de negar jamais aos dermatologistas que o procurarem os ensinamentos de sua larga experiência e do seu grande cabedal científico. Permanecerá, assim, o Prof. Pupo como o mestre considerado e conceituado que sempre foi. O tema da aula foi "Reações cutâneas puras de Brocq e predisposições mórbidas — Estudo dos síndromes cutâneos objetivos e suas correlações patogênicas". Aplausos demorados se fizeram ouvir após sua última palavra.

Os "Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia" se associam às homenagens prestadas ao Prof. Pupo, arrogando-se o direito de, como porta-voz da Dermatologia nacional, que em todos os sentidos tanto deve a êle, agradecer ao grande mestre tudo o que tem feito até hoje pelo progresso da nossa especialidade, da medicina em geral e da ciência da pátria brasileira.

A. Padilha Gonçalves

Estatutos
da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Art. 1. A Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, fundada em 5 de fevereiro de 1912, na cidade do Rio de Janeiro, onde tem sua sede e fôro, tem por objeto o estudo da dermatologia, da sifilografia e domínios afins.

Art. 2. Compor-se-á a Sociedade de sócios de honra, efetivos e correspondentes, sendo a sua Diretoria constituída de Presidente, 2 Vice-Presidentes, Secretário Geral, 1.º e 2.º Secretários, Tesoureiro e Bibliotecário.

Parágrafo único. Um dos cargos de Vice-Presidente caberá a um dos associados das Filiais.

Art. 3. A Diretoria será eleita por um ano, na última sessão ordinária de dezembro, não podendo ser os seus membros reeleitos por mais de uma vez.

Art. 4. Os sócios de honra serão dermatologistas ou sifilógrafos nacionais ou estrangeiros, que tenham contribuído para o progresso da dermato-sifilografia e domínios afins com trabalhos de excepcional valor, mediante parecer de uma comissão especialmente designada pelo Presidente e aprovada por maioria absoluta dos presentes.

Art. 5. Os sócios efetivos serão eleitos mediante proposta de três (3) associados e parecer favorável da Diretoria, apresentado na sessão seguinte.

Art. 6. Os sócios correspondentes serão dermatologistas nacionais ou estrangeiros, residentes fora do país, escolhidos na forma do art. 5.

Art. 7. A Sociedade realizará sessões ordinárias de março a dezembro, podendo a Diretoria convocar sessões extraordinárias, quando achar conveniente.

§ 1.º Serão comunicados, com antecedência de oito (8) dias, local, dia, hora e programa de cada sessão ordinária, que se realizará com a presença mínima de sete (7) sócios.

§ 2.º As comunicações não deverão exceder o prazo de quinze (15) minutos.

§ 3.º Na discussão de cada assunto não se excederá o prazo de dez (10) minutos, não podendo cada sócio falar mais de duas (2) vêzes sôbre o assunto, salvo aquiescência dos presentes.

§ 4.º A apresentação de doentes terá preferência sôbre qualquer assunto.

§ 5.º Os trabalhos apresentados à Sociedade serão publicados em Boletim, com resumos em francês, inglês, cu alemão, quando convier, sob a direção do Secretário Geral, auxiliado pelos 1.º e 2.º Secretários.

Art. 8. O sócio efetivo pagará, anualmente, a taxa que fôr determinada.

Art. 9. Nas cidades onde houver dez (10) sócios efetivos, poderá ser constituída uma Filial da Sociedade, mediante proposta, dos que pretenderem constituí-la, à Diretoria, e aprovação pela maioria absoluta dos que se acharem presentes à sessão em que fôr apresentada.

Art. 10. Êstes estatutos não poderão ser reformados sem a aprovação da maioria absoluta dos sócios quites presentes no Rio de Janeiro, convocados especialmente para tal fim. No caso de não atenderem à convocação, será marcada nova sessão, que deliberará com a maioria absoluta dos presentes.

Art. 11. A S.B.D.S., cuja duração é indeterminada, tem personalidade distinta da dos membros que a compõem, e, como pessoa jurídica de direito privado, preenche as disposições legais a ela referentes. O Presidente representará a Sociedade em Juízo e fora dêle.

§ 1.º Os sócios não respondem subsidiàriamente pelas obrigações da Sociedade.

§ 2.º Em caso de dissolução, os bens da Sociedade reverterão em favor de outra sociedade congênere de finalidades idênticas, escolhida pela Diretoria e aprovada a escolha pela Assembléia Geral.

Art. 12. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria.

DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Art. 13. Os atuais sócios correspondentes nacionais, residentes fora do Rio de Janeiro, passarão a sócios efetivos.

(aprovados na sessão de 30-12-1942)

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, seus quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 300,00, para o Brasil, e Cr$ 360,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 90,00, na época, e de Cr$ 100,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência concernente a publicações ou assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao administrador geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser dactilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o enderêço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês (ou dia e mês se o periódico fôr semanal) e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados sôbre o assunto. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

A abreviatura bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 35 (1960) — N.º 3 (setembro)

TRABALHOS ORIGINAIS:

Batista de Souza & Cia. Editôres — Rua do Livramento n.º 103 — Rio